



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ  
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

THE RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED SELF-EFFICACY,  
PERCEIVED HEALTH STATUS AND HEALTH-PROMOTING BEHAVIORS  
IN ELDERLY PERSONS



แก่นวิชาการ  
จาก  
"ศัพท์คำศัพท์" อ. มณีรัตน์"  
.....

วันดี แยมจันทร์ฉาย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2538

ISBN 974-588-148-1

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

รพ  
049๙๙  
๒๕๓๘

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ  
กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ



*[Signature]*

วันดี แยมจันทร์ฉาย  
ผู้วิจัย

*[Signature]*

พรรณวดี พุทธิวัฒน์, วท.บ. (พยาบาล),  
วท.ม. (อายุรศาสตร์เขตร้อน),  
Dip. in Applied Nutrition  
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

*[Signature]*

วัลลา ตันตโยทัย, วท.บ. (พยาบาล),  
วท.ม. (พยาบาล)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

*[Signature]*

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.  
คณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย

*[Signature]*

กรรณิการ์ สุวรรณโคต, วท.บ. (พยาบาล),  
M.S., ค.ด.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ

กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 29 พฤษภาคม 2538

.....  
Dr. Jaimon

วันดี แย้มจันทร์ฉาย

ผู้วิจัย

.....  
Norat

พรรณวดี พุทธิวัฒน์, วท.บ. (พยาบาล),

วท.ม. (อายุรศาสตร์เขตร้อน),

Dip. in Applied Nutrition

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
Ms. Leksam

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ. (พยาบาล),

M.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
Dr. Tan

วัลลา ตันตโยทัย, วท.บ. (พยาบาล),

วท.ม. (พยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
Dr. J.

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
Dr. V.

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

## ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อ นางสาววันดี แยมจันทร์ฉาย
- วัน เดือน ปีเกิด 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2508
- สถานที่เกิด จังหวัดนครสวรรค์
- ประวัติการศึกษา  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ , พ.ศ. 2527-2531:  
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง  
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2536-2537:  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ทุนการศึกษา มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ทุมพล) จุฑาธุช
- ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน  
พ.ศ. 2531- ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์  
สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข  
กระทรวงสาธารณสุข  
ตำแหน่ง : วิทยากรระดับ 5

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์พรพนวดี พุทธิวัฒน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิลา ตันตโยทัย อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์มาลี เลิศมาลีวงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ และอาจารย์พรทิพย์ มาลาธรรม อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร ( ชุมพล ) จุฑาทูลฯ ที่ให้ทุนสนับสนุนในการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่าน รวมทั้งเพื่อนๆ พี่ และน้องนักศึกษาปริญญาโททุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนและช่วยเหลือมาโดยตลอด

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณยาย บิดา มารดา น้ำ พี่ชาย และน้องชาย ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

วันดี แยมจันทร์ฉาย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ  
กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย วันดี แยมจันทร์ฉาย

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ( การพยาบาลผู้ใหญ่ )

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์  
พรณวดี พุทธิวัฒน์, วท.บ. ( พยาบาล ), วท.ม. ( อายุรศาสตร์เขตร้อน ),  
Dip. in Applied Nutrition.  
วัลลา ตันตโยทัย, วท.บ. ( พยาบาล ), วท.ม. ( พยาบาล )

วันที่สำเร็จการศึกษา 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2538

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง, การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก สมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์ ซีคริสตี และเพนเดอร์ ( 1987 ) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไปของเซอร์เรอร์และคณะ ( 1982 ) และแบบประเมินสุขภาพด้วยตนเอง

ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างจำนวนปีที่ศึกษา กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านการรับประทาน อาหาร รายได้กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการบรรลุอุดมการณ์ ของตน และการรับประทานอาหาร และพบความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพ และเพศกับการออกกำลังกาย นั่นคือ เพศชายมีการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง

เมื่อนำการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ เป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 33.5 การรับรู้สมรรถนะของตนเองร่วมกับจำนวนปีที่ศึกษาอธิบายความแปรปรวนของการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้ร้อยละ 31.8 ร่วมกับรายได้และการรับรู้ภาวะสุขภาพ อธิบายความแปรปรวนของการรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 28.8 ร่วมกับรายได้ อธิบายความแปรปรวนของการสนับสนุนระหว่างบุคคลได้ร้อยละ 18.3 และการรับรู้สมรรถนะของตนเองอย่างเดียวอธิบายความแปรปรวนของการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 6.9 นอกจากนี้ เฉพาะจำนวนปีที่ศึกษา และเฉพาะรายได้ อธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับความเครียด และการออกกำลังกายได้ร้อยละ 12.5 และ 6.7 ตามลำดับ

ผลจากการศึกษา สนับสนุนแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้เสนอข้อจำกัดของการศึกษา การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และในการวิจัยครั้งต่อไป

**Thesis Title**            **The Relationships between Perceived Self-Efficacy,  
Perceived Health Status and Health-Promoting Behaviors  
in Elderly Persons**

**Name**                    **Wandee Yamchanchai**

**Degree**                 **Master of Nursing Science ( Adult Nursing )**

**Thesis Supervisory Committee**

**Panwadee Putwatana, B.Sc. ( Nursing ), M.S. ( Trop. Med )  
                                 Dip. in Applied Nutrition.**

**Valla Tantayotai, B.Sc. ( Nursing ), M.S. ( Nursing )**

**Date of Graduation**   **29 May B.E. 2538 ( 1995 )**

### **Abstract**

The purposes of this study were to examine the relationships among perceived self-efficacy, perceived health status and demographic variables of sex, age, marital status, years of education, income and health-promoting behaviors in elderly persons. The purposive samples consisted of 150 elderly persons who were the members of The Elderly Association of Nakhonsawan Province and lived in Amphur Muang. Health-promoting behavior was interviewed by the Health-Promoting Lifestyle Profile developed by Walker, Sechrist and Pender ( 1987 ), perceived self-efficacy by the General Self-efficacy Scale developed by Sherer, et al. ( 1982 ) and perceived health status by Self-Rated Health Scale.

Results of the study indicated significant positive correlations between years of education with health-promoting behaviors composite scores and subscale scores except nutrition subscale, income with composite scores and subscale scores except

nutrition and stress management subscale, perceived self-efficacy with composite scores and all subscale scores, perceived health status with self-actualization and nutrition subscales. Furthermore, significant negative correlations were found between perceived health status with health responsibility subscale, and sex with exercise subscale indicate that being male was associated with higher exercise score than female.

Stepwise multiple regression analyses were performed to determine the abilities of perceived self-efficacy, perceived health status and demographic variables to predict the health-promoting behaviors. It was found that perceived self-efficacy, years of education and income were statistical significant predictors and accounted for 33.5% of the variance of the health-promoting behaviors composite scores. Perceived self-efficacy with years of education were found to explain 31.8% of the variance in self-actualization scores, with income and perceived health status accounted for 28.8% of the variance in health responsibility scores, with income accounted for 18.3% of the variance in interpersonal support scores, and only perceived self-efficacy accounted for 6.9% of the variance in nutrition scores. Only years of education and only income could explained 12.5% of the variance in stress management scores and 6.7% of the exercise scores, respectively.

The finding seemed to support Pender's Health Promotion Model that explained the relationships among demographic variables, cognitive-perceptual factors, especially the self-efficacy and health-promoting behaviors. Limitation of the study, application of the findings to practice and further research are recommended.

## สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก-ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค-ง
สารบัญ	จ-ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1	
บทนำและกรอบทฤษฎี	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	2
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2	
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	11
พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	13
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	15
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล	
กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	17
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	20
สถานที่ศึกษา	20
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	21
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	26
การวิเคราะห์ข้อมูล	27

## สารบัญ ( ต่อ )

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	28
การอภิปรายผล	38
ข้อจำกัดในการวิจัย	50
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	52
ข้อเสนอแนะ	54
บรรณานุกรม	56
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ใบพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ	65
ภาคผนวก ข ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	66
ภาคผนวก ค ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไป	67
ภาคผนวก ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ	68
ภาคผนวก จ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ	69
ภาคผนวก ฉ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ	70

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	29
2	ค่าตัวกลางและการกระจายของอายุ จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง	30
3	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าการกระจายของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน	31
4	ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ	34
5	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	37



## สารบัญแผนภูมิ

## แผนภูมิที่

- 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
- 2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

## หน้า

4

8



บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ทำให้อัตราการตายลดลง อายุขัยของมนุษย์ยืดยาวออกไปจากเดิม ซึ่งประเทศไทยก็มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกันนี้ จากปี พ.ศ. 2490 อายุขัยเฉลี่ยของชาย 48.50 ปี และหญิง 51.38 ปี เมื่อถึงปี พ.ศ. 2533 เพิ่มขึ้นเป็น ชาย 61.75 ปี และหญิง 67.50 ปี และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ในเรื่องจำนวนและอัตราส่วนของผู้สูงอายุไทยต่อประชากรวัยอื่น พบว่าปี พ.ศ. 2528 มีผู้สูงอายุ 2.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.58 ของประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2533 เพิ่มขึ้นเป็น 3.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 2.8 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15.7 เมื่อถึงปี พ.ศ. 2568 (บรรลุ ศิริพานิช 2533 : 432)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และมีโอกาสเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพได้ง่าย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการได้แก่ ความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ในชีวิต (Life events) และแบบแผนการดำเนินชีวิต ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองเปลี่ยนแปลงไปและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งมักมีโรคประจำตัวอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 โรค (Gilbert 1986 : 38; Nicholas 1993: 1088; Speake, Cowart & Pellet 1989 : 93) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้อย่างเพียงพอ จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ในผู้สูงอายุการดูแลควรมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชลอหรือบรรเทาผลกระทบจากความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำด้านบวกที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกและการบรรลุถึงอุดมคติหรืออุดมการณ์ (Self-

actualization) ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (Pender 1987: 57) จัดเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง (Hartweg 1990 : 37) การที่พยาบาลจะสามารถช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความสามารถด้านการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านการรู้คิดและการรับรู้ของบุคคล ได้แก่การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ (Johnson, et al. 1993: 133) และเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยวิธีทางการพยาบาล แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆเหล่านี้ในผู้สูงอายุยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุสืบต่อไป

### กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ คือแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender 1987: 57-72) ซึ่งเพนเดอร์ได้สร้างแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความผาสุก (Wellness behavior) โดยมีเป้าหมายเพื่อ

1. เสนอลำดับของมโนทัศน์ที่อธิบายการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. ให้แนวทางในการตั้งสมมติฐานเพื่อทดสอบในสถานการณ์จริง
3. ผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆให้เป็นแบบแผนที่มีเหตุผล

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งอธิบายพฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยเน้นกระบวนการด้านการรู้คิดที่มีผลต่อพฤติกรรม แบบจำลองดังกล่าวมี 3 องค์ประกอบใหญ่ ดังต่อไปนี้

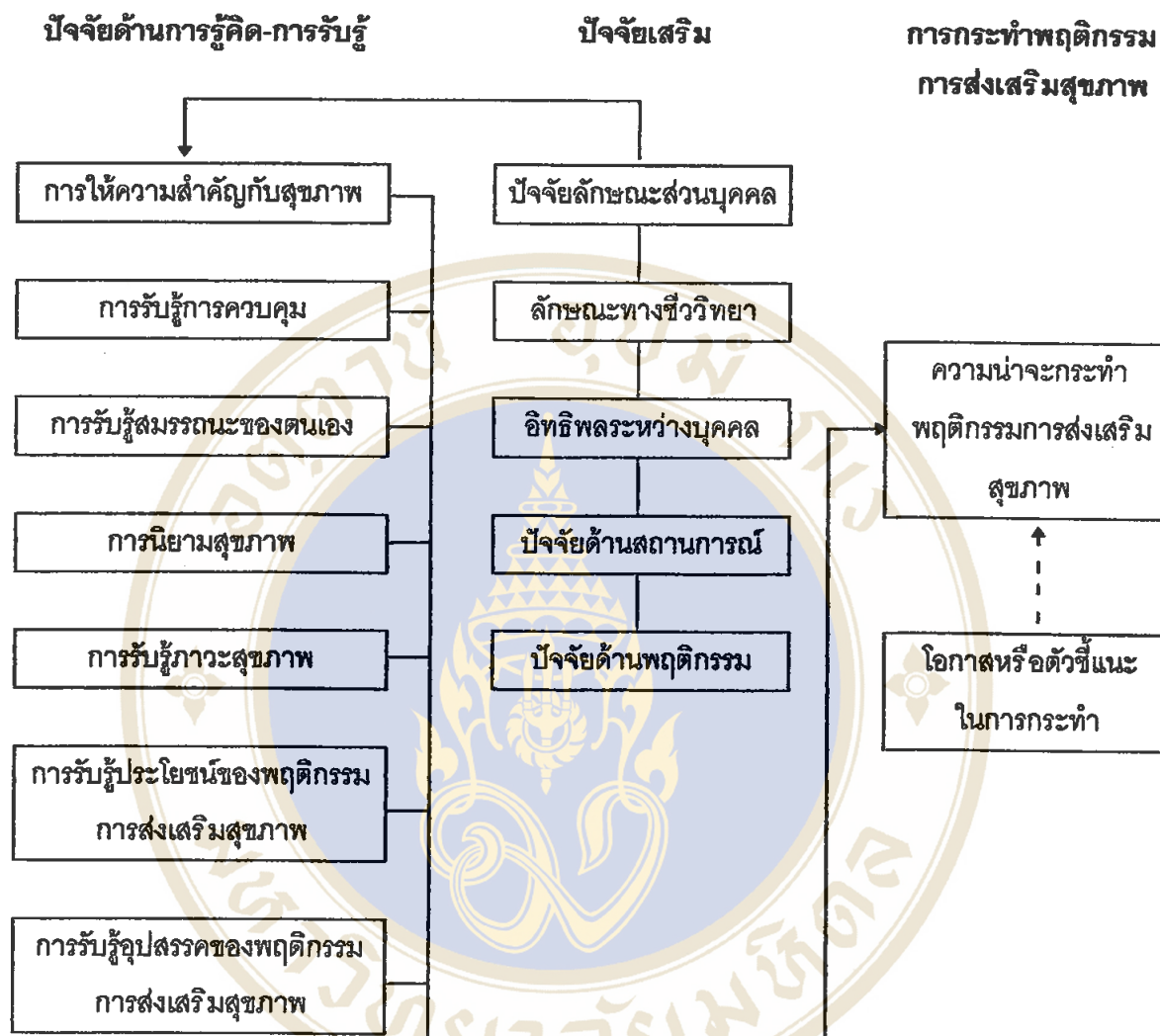
1. ปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) เป็นกลไกจูงใจขั้นปฐมภูมิ ที่มีผลโดยตรงต่อความน่าจะเป็นที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Likelihood of engaging in health-promoting behaviors) ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ความสำคัญแก่สุขภาพ (The importance of health) 2) การรับรู้การควบคุม (Perceived control) 3) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self-efficacy) 4) การนิยามสุขภาพ (Definition of health)

5) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( Perceived Health Status ) 6) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม  
การส่งเสริมสุขภาพ ( Perceived benefits of health promoting behaviors ) และ 7) การรับรู้  
อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( Perceived barriers to health promoting  
behaviors )

2. ปัจจัยเสริม ( Modifying factors ) เพนเดอร์ ( Pender 1987: 66 ) กล่าวว่า ปัจจัย  
เสริมเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ และมีผลโดยอ้อมต่อความน่า  
จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริมประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ( Demographic factors ) 2) ลักษณะทางสรีรวิทยา ( Biological characteristics )  
3) อิทธิพลระหว่างบุคคล ( Interpersonal Influences ) 4) ปัจจัยด้านสถานการณ์  
( Situational factors ) และ 5) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ( Behavioral factors )

3. โอกาสหรือตัวชี้แนะในการกระทำ ( Cues to actions ) ได้แก่ตัวกระตุ้นภายใน  
หรือภายนอก ที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบดังกล่าว ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 58)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสริมได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลมากที่สุด

## พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( Health-promoting behaviors )

เพนเดอร์ ( Pender 1987 : 59-60 ) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จนผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนชีวิตของบุคคล และมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับของความผาสุกและการบรรลุถึงอุดมการณ์ของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่กระตุ้นการแสดงออกในด้านดี ได้แก่การตระหนักในตนเอง ( Self-awareness ) ความพึงพอใจในชีวิต ความสนุกสนานและความยินดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่พฤติกรรมที่โต้ตอบต่ออิทธิพลหรือสิ่งคุกคามที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม แต่เป็นการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ตนมีสุขภาพดีขึ้น บุคคลที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะค้นหาสิ่งกระตุ้นภายในสิ่งแวดล้อมของตน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมภาวะและการแสดงออกซึ่งศักยภาพของการเป็นมนุษย์

## การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ( Perceived self-efficacy )

การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นแนวคิดหลักของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา ( Bandura 1977 ) ซึ่งเพนเดอร์ได้รวบรวมเข้าไว้ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตน ที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นได้สำเร็จ เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตน

แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่ประสิทธิภาพของการแสดงออกอาจแตกต่างกันได้ ถ้ารับรู้ต่อความสามารถของตนเองแตกต่างกัน แม้ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน นั่นคือการรับรู้สมรรถนะของบุคคลยึดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนด ประสิทธิภาพการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในสภาวะการณั้้นๆ โดยบุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนสามารถจัดการได้ แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง และการที่บุคคลพยายามทำงานในสภาวะการณั้้นๆ ที่บีบบังคับได้สำเร็จ และได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมในการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ทำให้เกิดความกลัวน้อยลงเมื่อประสบเหตุการณ์เช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลเลิกล้มการกระทำโดยง่าย จะทำให้ความคาดหวังในสมรรถนะของตนต่ำลง และเกิดความกลัวการกระทำนั้นมากขึ้น

ความคาดหวังในสมรรถนะของตนเอง มีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล 4 ทาง ได้แก่

1. ความสำเร็จในการกระทำ ( Performance accomplishment ) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่จะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น และในทางตรงข้าม ความล้มเหลวจะทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลง
2. การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น ( Vicarious experience ) เป็นต้นแบบที่บุคคลนำมาพิจารณาความสามารถของตน เมื่อสังเกตเห็นว่าผู้อื่นได้รับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม ทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำงานนั้นได้ ถ้ามีความตั้งใจจริง
3. การชักจูงด้วยคำพูด ( Verbal persuasion ) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตนทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ ถึงแม้จะเคยทำไม่สำเร็จมาแล้ว
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ ( Emotional arousal ) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง บุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลสูง จะรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ การลดความกลัวและความกังวลลง จะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ความคาดหวังในสมรรถนะของตนเองมี 3 มิติคือ 1) การรับรู้ถึงระดับความคาดหวัง ( Magnitude ) 2) ความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆได้ ( Strength ) และ 3) ความเป็นสากล ( Generality ) เป็นการคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งประสบการณ์การกระทำบางอย่างสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันได้ แต่ประสบการณ์บางอย่างไม่สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

#### การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( Perceived health status )

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ( Pender 1987: 64 ) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อความถี่ ( Frequency ) และความจริงจัง ( Intensity ) ของการแสดงพฤติกรรม นั่นคือเมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วรับรู้ภาวะสุขภาพว่าดี ( Feeling good ) จะเป็นแรงจูงใจให้กระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยขึ้น และจริงจังมากขึ้น โอเรม ( Orem 1991: 209 ) กล่าวว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ( Subjective measures ) ประเมินจากความพึงพอใจต่อโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย

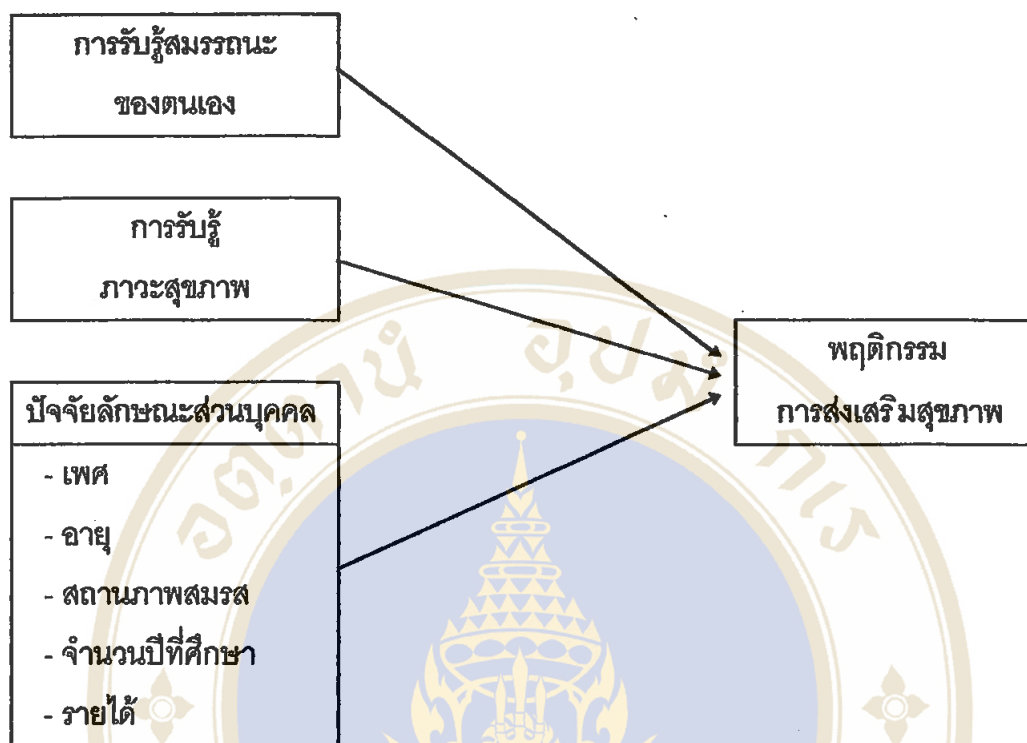
รวมทั้งความสามารถในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับแมคโดเวลและนิวเวล ( McDowell & Newell 1987: 14-16 ) ที่กล่าวถึงการประเมินสุขภาพด้วยตนเองว่าประเมินได้จากความผาสุก อาการแสดงของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่

### ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

เพนเดอร์ ( Pender 1987: 66-67 ) กล่าวว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางกลไกด้านการรู้คิด-การรับรู้ แต่ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดว่ามีอิทธิพลอย่างไรบ้าง เพียงแต่อ้างงานวิจัยที่ศึกษาแล้วพบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลบางประการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ งานวิจัยที่อ้างถึงได้แก่ ซิดนีย์และเชพฮาร์ด ( Sidney & Shephard 1976 cited in Pender 1987: 66 ) ที่ศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้เรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเพศหญิงเท่านั้นที่รายงานความผาสุกอันเนื่องมาจากการออกกำลังกาย ในขณะที่ทั้งเพศหญิงและเพศชายเชื่อว่าการปรับปรุงความแข็งแรงของร่างกายคือสิ่งที่มีประโยชน์ที่สุด แมสซีและเชพฮาร์ด ( Massie & Shaphard 1971 cited in Pender 1987: 66 ) ศึกษาพบว่าอายุมีอิทธิพลต่อการให้คุณค่าของพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มผู้สูงอายุกับวัยกลางคน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุให้คุณค่าของการออกกำลังกายมากกว่าวัยกลางคน นอกจากนี้ในการใช้บริการเพื่อป้องกันโรค พบว่าเพศหญิง ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง และผู้ที่มีรายได้สูง ไปใช้บริการมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีรายได้ต่ำ

แม้ว่าในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพจะกล่าวว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยอ้อมผ่านทางปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้เท่านั้น แต่จอห์นสันและคณะ ( Johnson, et al. 1993: 132-138 ) ได้ทำการทดสอบแบบจำลองดังกล่าวของเพนเดอร์ แล้วพบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม

ในการศึกษาดังนี้ ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่นำมาศึกษา ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและรายด้าน
3. เพื่อหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

## สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน
2. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งโดยรวมและรายด้าน
3. เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านได้

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ ความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ รวมทั้งความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านจากตัวแปรดังกล่าว โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์จำนวน 150 ราย โดยวิธีการสัมภาษณ์จากแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไป และแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1-31 มีนาคม 2538

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการพัฒนาปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ ได้แก่การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ต่อการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในเรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาหารูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มอื่น

## นิยามตัวแปร

**พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึงพฤติกรรมด้านบวกที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่การบรรลุอุดมการณ์ของตน การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด วัดเป็นความถี่ในการปฏิบัติ โดยแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ ( Walker, Sechrist & Pender 1987 ) คะแนนมากหมายถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี คะแนนน้อย หมายถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ดี

**การรับรู้สมรรถนะของตนเอง** หมายถึงความมั่นใจของผู้สูงอายุต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การใช้ความพยายาม และความมุ่งมั่นต่อการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ วัดเป็นระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรม โดยแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไปของเชอร์เรอร์ และคณะ ( Sherer, et al. 1982 ) คะแนนมากหมายถึง รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง คะแนนน้อยหมายถึง รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ

**การรับรู้ภาวะสุขภาพ** หมายถึงความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง วัดโดยแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับดีมาก ดี พอใช้ หรือ ไม่ดี

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ( Descriptive research ) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน รวมทั้งความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากตัวแปรดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมไว้ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

##### การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา

ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต (วิไลวรรณ ทองเจริญ 2533 : 60-81 ) เซลล์ต่างๆภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ผิวหนังจะบางลง ความยืดหยุ่นไม่ดี เที่ยว และมีรอยย่นมากขึ้น ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง ผิวแห้งคันและแตกง่าย ผมและขนมีจำนวนลดลง สีจาง ร่วงและแห้งง่าย เล็บแข็งและหนาขึ้น การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้า ความจำเสื่อม ความไวและความรู้สึกในการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ความไวในการมองภาพลดลง หูตึง การรับกลิ่นและรสเสียไป กล้ามเนื้อลีบเล็กลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูก ทำให้กระดูกผุ ( Osteoporosis ) และหักง่าย โดยเฉพาะในเพศหญิงที่หมดประจำเดือน เนื่องจากการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าข้อเสื่อมติดแข็ง อากาการปวด และมีความจำกัดในการเคลื่อนไหว ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง การไหลเวียนในหลอดเลือดหัวใจลดลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลง ติดเชื้อได้ง่าย ปวด อัมพาต

และหลอดเลือดฝอยในปอดเสียความยืดหยุ่น การซึมผ่านของก๊าซออกซิเจนต่ำลง เนื้อเยื่อใช้ออกซิเจนได้น้อยลง และติดเชื้ระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ระบบทางเดินอาหาร ฟันคุดนอนหัก ทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก ปากและลิ้นแห้ง ติดเชื้ในปาก เบื่ออาหาร การดูดซึมสารอาหารลดลง จึงเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ ไตมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง กระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง ปัสสาวะบ่อย ในผู้ชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก เพศหญิงกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้กระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือได้ไม่ดี นอกจากนี้ต่อมไทรอยด์จะผลิตฮอร์โมนลดลง ตับอ่อนผลิตอินซูลินได้น้อย ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่า วัยอื่น

### การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

อีริกสัน ( Erikson อ้างในศรีเรือน แก้วกังวาล 2536 : 48, 56; Busse & Blazer 1980 อ้างในพัชรี ต้นศิริ 2533: 83; Miller 1991: 41 ) ได้กล่าวถึงวัยสูงอายุว่าเป็นระยะที่รู้สึกท้อใจชีวิต มีคุณค่าหรือสิ้นหวัง ( Ego integrity versus despair ) โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกท้อใจชีวิตมีคุณค่าคือผู้ที่มีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขความสำเร็จ ความเจริญก้าวหน้า จะแสดงออกโดยมีความเฉลียวฉลาด เข้าใจโลก เข้าใจตนเอง ยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงข้ามกับคนที่ไม่ยอมรับจะมีความรู้สึกท้อใจตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญกับความสูงอายุลดน้อยลง ในช่วงระยะนี้มักต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้แก่คู่ชีวิต เพื่อนฝูง การเปลี่ยนแปลงสภาพทางครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจ หวาดระแวงเรื่องความเจ็บป่วย กลัวความตาย กลัวถูกทอดทิ้ง ซึมเศร้า หมัดกำลังใจ ว้าเหว่ วิดกกังวล โกรธง่าย ใจน้อย เรียกร้อง ความสนใจ

### การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทต่างๆที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ได้แก่การเกษียณอายุ ต้องออกจากงาน การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า รู้สึกสูญเสียสภาพทางสังคม ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง สูญเสียรายได้ และแบบแผนชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ( อภา ใจงาม 2533: 92-94 ) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว บุตรหลานแยกตัวไปสร้างครอบครัวใหม่ ทำให้

ผู้สูงอายุถูกทิ้งไว้ตามลำพัง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียดังกล่าว อาจก่อให้เกิดความทุกข์ต่อผู้สูงอายุได้เป็นอย่างมากถ้าไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์เหล่านี้ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องหากิจกรรมอื่นมาทดแทน เพื่อลดปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายประการ ซึ่งเวบสเตอร์ ( Webster 1985: 714 ) กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือความผาสุกของบุคคลได้แก่ กรรมพันธุ์หรือสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้น มีอิทธิพลร้อยละ 16 สิ่งแวดล้อมได้แก่ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน มีอิทธิพลร้อยละ 31 และปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือแบบแผนชีวิต ( Lifestyle ) หรือพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และความผาสุกของบุคคลถึงร้อยละ 53 ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพมาเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ จะสามารถช่วยชลอความก้าวหน้าของโรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และความเสื่อมดังกล่าวข้างต้นได้

### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ร่วมกับการที่มักมีโรคประจำตัวอยู่ด้วยนั้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ได้มีผู้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ว่าประกอบไปด้วยพฤติกรรมในเรื่องต่างๆ ( ชูศักดิ์ เวชแพศย์ 2532: 6-7; ฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลราชวิถีในสุกัญญา เจริญศิริ 2535: 49-50; วิไลวรรณทองเจริญและคณะ 2536: 76; ศรีจิตรา บุนนาค 2530: 354-35; เสาวรส สรรพพากษ์พิสุทธิ์ 2528: 257-260; Gilbert 1986: 38-46 ) ซึ่งสามารถแยกเป็นด้านต่างๆได้สอดคล้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ ( Walker, Sechrist & Pender 1987 ) ได้กล่าวถึงและนำมาสร้างเป็นแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ( Health Promoting Lifestyle Profile ) ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นแบบวัดในการศึกษาคั้งนี้ด้วย ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหาร โภชนาการที่ดีและเหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคกระดูกพรุนรวมทั้งยังช่วยควบคุมน้ำหนัก และทำให้ความรู้สึกทั่วไปดีขึ้น

2. การออกกำลังกาย มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ช่วยให้การทำงานของหัวใจและการหายใจดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก ลดอาการปวดหลัง ข้ออักเสบ เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว ควบคุมน้ำหนัก ช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความมั่นใจ และความสามารถในการเผชิญกับสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น

3. การจัดการกับความเครียด ในผู้สูงอายุความเครียดอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ กัน ได้แก่ ปัญหาทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพ การจัดการกับความเครียดสามารถทำได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหางานอดิเรกทำ การออกกำลังกาย การท่องเที่ยว การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง รวมทั้งการบำบัดเพื่อตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม การที่ผู้สูงอายุจะเลือกปฏิบัติวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ความเคยชิน และความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน ซึ่งเมื่อปฏิบัติแล้ว ช่วยลดหรือบรรเทาความเครียดลงได้ ก็จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น

4. การรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกาย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การไปตรวจสุขภาพร่างกายกับแพทย์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละครั้ง รวมทั้งการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพเมื่อจำเป็น

5. การช่วยเหลือสนับสนุนระหว่างบุคคลและสังคม เป็นการตระหนักถึงความรู้สึก ใกล้ชิดสนิทสนม การรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือสังคมของผู้สูงอายุไว้ รวมทั้งการยอมรับความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลหรือสังคมนรอบข้าง จะทำให้ผู้สูงอายุคลายเหงา ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สภาวะทางด้านอารมณ์ดีขึ้น นอกจากนี้ การสนับสนุนระหว่างบุคคลยังรวมถึงการเข้ากลุ่มสังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่น เช่น การทำศาสนกิจต่างๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และในขณะเดียวกันยังทำให้สังคมเห็นว่าผู้สูงอายุยังมีประโยชน์ มีคุณค่า สมควรแก่การยกย่อง

6. การบรรลุอุดมการณ์ของตน หรือการประจักษ์ถึงควมมีคุณค่าของตน เป็นความต้องการสูงสุดของบุคคล ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าใดยิ่งสามารถสนองความต้องการขั้นนี้ได้มากขึ้น ผู้สูงอายุที่จะบรรลุอุดมการณ์ของตนได้ คือผู้ที่มีมองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกระตือรือร้น และเอาใจใส่ต่อชีวิต มีความแน่วแน่ในการกระทำสิ่งใดๆ มีความคิดสร้างสรรค์ ตั้งเป้าหมายระยะยาวในชีวิต และใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

จะเห็นว่าพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ประการนี้ เป็นพฤติกรรมที่เป็นสากล ซึ่งผู้สูงอายุต้องมีการปฏิบัติเพื่อรักษาความสมดุลของภาวะสุขภาพไว้ แต่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆมากมาย ทั้งปัจจัยภายนอกได้แก่ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมนิยม ประเพณีและวัฒนธรรม ปัจจัยภายในได้แก่ การรู้จัก การรับรู้ และความเชื่อต่างๆ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา และรายได้ เป็นต้น

### ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคคล ( Gecas 1989: 291-316; Grembowski, et al. 1993: 89-104; O'Leary 1985: 437-451; Strecher, et al. 1986: 73-92 ) โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้ ( Bandura 1986, 1989 cited in Hickey, Owen & Froman 1992: 90 ) บุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะริเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยนอกจากนี้ ผู้ที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนว่าดีกว่า เจ็บป่วยหรือซีมีเศร้าน้อยกว่า ฟื้นหายจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บดีกว่า และเร็วกว่าผู้ที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ( Gecas 1989: 298 ) งานวิจัยของไวท์เซล ( Weitzel 1989: 99-104 ) ได้สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยศึกษาในกลุ่มคนงานที่เป็นลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ซึ่งไม่ใช่ระดับวิชาชีพ จำนวน 179 คน พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้

ในผู้สูงอายุ ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นเช่นไร เกร็มโบว์สกีและคณะ ( Grembowski, et al. 1993: 92 ) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะลดลงจากวัยหนุ่มสาว สาเหตุจากความเสื่อมด้านร่างกายซึ่งถูกมองว่าเป็นกระบวนการที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่อย่างไรก็ตามในการกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่สำคัญต่อชีวิต ผู้สูงอายุมักจะประมาณความสามารถของตนได้ถูกต้อง และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,624 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะมีการ

ปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่า สุขภาพกาย สุขภาพจิตดีกว่า และมีความเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงมักจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือความตาย ดังนั้น เป้าหมายของการให้บริการเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก็คือการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง และลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินสุขภาพและความผาสุกด้วยตนเอง ( Duffy 1993: 26 ) หรือหมายถึงความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของเขาเหล่านั้น ( Speake, Cowart & Pellet 1989: 95 ) โอเร็ม ( Orem 1991: 179 ) กล่าวว่าบุคคลมีการประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่เป็นประจำทุกวันหรือบ่อยกว่านั้น แสดงนัยว่าบุคคลรู้ว่าจะประเมินจากอะไร แมคโดเวลล์และนิวเวลล์ ( McDowell & Newell 1987: 14-16 ) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลจะวัดได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ หรืออาจจะวัดได้จากการประเมินด้วยตนเอง ( Subjective health measurements ) การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง อาจประเมินได้จากการรายงานความผาสุกโดยทั่วไป อาการแสดงต่างๆของการเจ็บป่วยและจากการทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญในการแสดงความถี่ และความถี่จริงของการกระทำพฤติกรรม ( Pender 1987: 64 ) และสามารถทำนายผลลัพธ์ที่สำคัญ เช่นการใช้บริการทางสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือความตายได้ ( Wolinsky & Johnson 1991, 1992b. cited in Johnson & Wolinsky 1993: 109 ) นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใช้เป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ ( Larson 1978, Myles 1978 cited in Nicholas 1992: 1086 ) และการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุนี้นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางและมีความสอดคล้องกับการประเมินทางคลินิก (Cockerham, Sharp & Wilcox 1983: 349; Ferraro 1980: 377; Linn & Linn 1980: 311 )

ในผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับไม่ดี ดังเช่นสปีค โควาท และเพลลิต ( Speake, Cowart & Pellet 1989: 93-100 ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่อายุ 65-93 ปี ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีจำนวน 297 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพของตนว่าดีถึงดีมาก และมีแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการบรรลุอุดมการณ์ของตนที่ส่งเสริมสุขภาพ

เช่นเดียวกับที่ดวงพร รัตนอมรชัย ( 2535 ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 398 คน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ (  $r=0.4370, p<0.0001$  ) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับดี และมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี อย่างไรก็ตามฟอสเตอร์ ( Foster 1992: 444-463 ) ศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุผิวดำ ที่มีอายุตั้งแต่ 60-89 ปี จำนวน 100 คน

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

เพศ นอกจากจะเป็นปัจจัยที่บอกความแตกต่างทางสรีรภาพแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม ( Kutner & Kutner 1979 : 62-66 ) โดยเฉพาะในสังคมไทยสมัยก่อนที่มีค่านิยมในการให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง ( ดวงพร รัตนอมรชัย 2535: 113 ) แต่เพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยเพศชายต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง ( Neimi, et al. 1988: 1101-1107 ) แคนแพลนและคณะ ( Kaplan, et al. 1987: 307-312 ) พบว่าเพศชายมีอัตราเสี่ยงต่อความตายสาเหตุจากการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็น 2 เท่าของเพศหญิง และมีการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยา การผ่อนคลายและการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย ( Muhlenkamp & Sayles 1986: 334-338 ) แต่ดวงพร รัตนอมรชัย ( 2535 ) ศึกษาพบว่าเพศชายมีการดูแลตนเองและมีแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง ความแตกต่างระหว่างเพศเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงยังคงเป็นตัวแปรที่น่าสนใจที่จะนำมาศึกษา

อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการ ( Orem 1985: 255-256 ) มีการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของบุคคล ได้แก่ดวงพร รัตนอมรชัย ( 2535 ) ที่ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน และสปีค ไควท และเพลเลท ( Speake, Cowart & Pellet 1989: 93-100 ) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ดี

ในทางตรงข้ามฟอสเตอร์ ( Foster 1992: 444-463 ) พบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ คือการสูบบุหรี่ ลดลง นอกจากนี้ มุห์เลนแคมป์ บราวน์ และแซนด์ ( Muhlenkamp, Brown & Sands 1985: 327-332 ) และวอล์คเกอร์และคณะ ( Walker, et al. 1988: 76-90 ) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ยุ่่น้อยกว่า จึงเป็นไปได้ว่าปัจจัยเรื่องอายุอาจมีอิทธิพลต่อกลุ่มบุคคลต่างๆในลักษณะที่แตกต่างกัน หรือข้อสรุปเรื่องอายุควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

**สถานภาพสมรส** เป็นข้อบ่งชี้ถึงสถานะระบบของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม คู่สมรสจะมีส่วนช่วยลดการใช้พลังงาน เพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมความต้องการที่จะปรับปรุงสุขภาพ ให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ เอื้ออำนวย ต่อการ แสดงออกถึงสิ่งที่กังวลหัวใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ( Hilbert 1985: 217-220 ) นอกจากนี้ คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีการดูแลตนเองดีขึ้น ( Hanucharumkul 1989: 22 ) การศึกษาที่พบว่าคู่สมรสมีส่วนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง ได้แก่ นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ ( 2534 ) และสปีค ( Speake 1987: 25-30 ) ที่ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ แต่ยังคงมีรายงานบางรายที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองได้แก่สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค ( 2535 ) บราวน์ และแมคครีดี ( Brown & McCreedy 1986: 317-329 ) และสปีค โควาทและเพลเลท ( Speake, Cowart & Pellet 1989: 93-100 ) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ การศึกษาดังนี้จึงได้จัดไว้เป็น ตัวแปรหนึ่งที่น่ามาศึกษา

**การศึกษา** เป็นพื้นฐานสำคัญของการรู้คิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนัก ถึงความสำคัญ เล็งเห็นประโยชน์ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพซึ่ง จาโลวีส์และเพาเวอร์ส ( Jalowiec & Powers 1981: 10-15 ) กล่าวว่าการศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคล ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆที่จะเอื้ออำนวยต่อการนำความรู้และประสบการณ์ ที่ผ่านมามาใช้ให้เกิดประโยชน์ นอกจากนี้ การศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่ การศึกษาต่ำ ( Muhlenkamp & Sayles 1986: 336 ) ในผู้สูงอายุการศึกษาจึงมีส่วนช่วยเพิ่ม คุณภาพของชีวิตได้ ( Decker & Schultz 1985: 740-745 ) ซึ่งมีหลายรายงานที่พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่มีการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่การศึกษาต่ำ ( ดวงพร รัตนอมรชัย 2535; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค 2535; Muhlenkamp & Broerman 1988:

637-646; Muhlenkamp & Sayles 1986: 334-338; Speake, Cowart & Pellet 1989 : 93-100 )

รายได้ เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ( Pender 1982: 163 ) รวมทั้งเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่และการดูแลตนเองของบุคคลดีขึ้น ( Hanucharumkul 1989: 21-27 ) มีการรายงานไว้ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ( ดวงพร รัตนอมรชัย 2535; Walker, et al. 1988: 76-90 ) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค ( 2535 ) และ สปีค โควาท และเพลเลท ( Speake, Cowart & Pellet 1989: 93-100 ) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

สรุปการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาในทางเสื่อมถอยลง ทำให้มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในการรักษาความสมดุลของการทำหน้าที่ และความผาสุกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการรู้คิดและการรับรู้ในส่วนของ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลในส่วนของ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ การศึกษาถึงปัจจัยต่างๆเหล่านี้ยังไม่เคยมีผู้ใดได้ทำการศึกษามาก่อน จึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวจะมีผลอย่างไรต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสูงอายุกุ่มดังกล่าว

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย ( Descriptive Research ) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน รวมทั้งความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากตัวแปรดังกล่าว โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิด

#### ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ( Purposive samplings ) จำนวน 150 คน โดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกได้แก่

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

#### สถานที่ศึกษา

สมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ เป็นศูนย์กลางการพบปะสังสรรค์ และให้บริการแก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น ด้านธรรมะและสวัสดิการ มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น นันทนาการ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบปัญหา การสนับสนุนผู้สูงอายุทั่วไปให้มีความเป็นอยู่ที่ดี เป็นศูนย์กลางด้านข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ร่วมจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และพัฒนาสังคม เป็นศูนย์กลางแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่างๆ จัดตั้งศูนย์กายภาพบำบัดและบริหารกายสำหรับสมาชิกและประชาชนผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดทัศนศึกษาทั้งในและต่างประเทศ นอกจากนี้สมาคมจะจัดให้มีการประชุมใหญ่วิสามัญสำหรับสมาชิก ทุก 2 เดือน จัดให้มีการตรวจ

สุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ทุกวันศุกร์ สมาคมมีสมาชิกทั้งหมดประมาณ 1,856 คน เป็นสมาชิกที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองนครสวรรค์ 598 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา รายได้ แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และบุคคลในครอบครัว

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ( Health-Promoting Lifestyle Profile ) ที่สร้างโดยวอล์คเกอร์ ซีคริสท์ และเพนเดอร์ ( Walker, Sechrist & Pender 1987 ) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่

2.1 การบรรลุอุดมการณ์ของตน ( Self-actualization ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1-13

2.2 การรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( Health responsibility ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 14-23

2.3 การออกกำลังกาย ( Exercise ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 24-28

2.4 การรับประทานอาหาร ( Nutrition ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 29-34

2.5 การสนับสนุนระหว่างบุคคล ( Interpersonal support ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 35-41

2.6 การจัดการกับความเครียด ( Stress management ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 42-48

แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต ( Likert scale ) 4 ระดับ ได้แก่

- 1 หมายถึง ไม่เคยกระทำเลย
- 2 " กระทำนานๆครั้ง
- 3 " กระทำบ่อย
- 4 " กระทำเป็นประจำ

ในการสัมภาษณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเองว่าได้กระทำพฤติกรรมในแต่ละข้อนั้นบ่อยเพียงใด คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของแต่ละคน ได้จากคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คะแนนพฤติกรรมแต่ละด้าน ได้จากคะแนนรวมรายด้านหารด้วยจำนวนข้อของด้านนั้นๆ คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านจึงมีค่าตั้งแต่ 1-4 ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบคะแนนที่ได้ในแต่ละด้าน

### คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากแบบประเมินแบบแผนชีวิตและสุขนิสัย ( Lifestyle and Health Habits Assessment ) ของเพนเดอร์ ( Pender 1982 ) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 107 ข้อ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยการวิเคราะห์รายข้อ ( Item analysis ) และการวิเคราะห์องค์ประกอบ ( Factor analysis ) โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน จำนวน 952 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้นจึงได้ปรับข้อคำถามให้คงเหลือ 48 ข้อ นำไปตรวจสอบความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายใน ( Internal consistency ) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ( Cronbach's alpha coefficient ) ได้ค่าแอลฟาของแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 0.922 และในแต่ละด้านเท่ากับ 0.702-0.904 นำไปหาหาความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ ( Test-retest reliability ) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่จำนวน 63 ราย ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( Pearson product moment correlation coefficient ) ของคะแนนโดยรวมเท่ากับ 0.926 และในแต่ละด้านเท่ากับ 0.808-0.905

วอล์คเกอร์และคณะ ( Walker, et al. 1988: 76-90 ) นำแบบวัดนี้ไปวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คน ได้ค่าแอลฟาของคะแนนโดยรวมเท่ากับ 0.923 และในแต่ละด้านเท่ากับ 0.694-0.898

ดัฟฟี ( Duffy 1993: 23-28 ) นำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 477 ราย ได้ค่าแอลฟาของคะแนนโดยรวมเท่ากับ 0.92 และในแต่ละด้านเท่ากับ 0.65-0.85

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาแปลเป็นภาษาไทย แล้วนำไปหาความตรงตามเนื้อหา ( Content validity ) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล

และผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์ความเห็นพ้อง 2 ใน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 คน แล้วหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าแอลฟาของคะแนนโดยรวมเท่ากับ 0.88 ด้านการบรรลุดูแลตนเองของตัวเท่ากับ 0.85 ด้านการรับมือกับโรคต่อสุขภาพเท่ากับ 0.78 ด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 0.63 ด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ -0.11 ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.47 และการจัดการกับความเครียดเท่ากับ 0.58 จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ในส่วนของการรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียดมาปรับปรุงด้านภาษาและการตั้งคำถาม และเรียงลำดับข้อของแบบวัดทั้งหมดให้พฤติกรรมด้านเดียวกันอยู่รวมกันเพื่อความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาความเที่ยงใหม่ ได้ค่าความเที่ยงของคะแนนโดยรวมเท่ากับ 0.88 ด้านการบรรลุดูแลตนเองของตัวเท่ากับ 0.73 ด้านการรับมือกับโรคต่อสุขภาพเท่ากับ 0.80 ด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 0.79 ด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 0.41 ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.78 และการจัดการกับความเครียดเท่ากับ 0.71

เมื่อนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 ราย หาค่าความเที่ยงของคะแนนโดยรวมได้เท่ากับ 0.92 ด้านการบรรลุดูแลตนเองของตัวเท่ากับ 0.90 ด้านการรับมือกับโรคต่อสุขภาพเท่ากับ 0.89 ด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 0.73 ด้านการรับประทานอาหารเท่ากับ 0.48 ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.76 และด้านการจัดการกับความเครียดเท่ากับ 0.79 เมื่อนำคำตอบทั้งหมดมาพิจารณา พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีข้อคำถาม 2 ข้อที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเลือกคำตอบจาก 1-4 ได้ ได้แก่ การเลือกอาหารที่ไม่ใส่สารกันบูดหรือสารปรุงแต่ง และอ่านฉลากแสดงรายละเอียดของสารอาหารในอาหารที่บรรจุหีบห่อ เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวน 41 คน ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน รายงานว่าไม่ได้ซื้ออาหารหรือประกอบอาหารรับประทานเอง จึงไม่มีโอกาสเลือกหรือตัดสินใจในการทำพฤติกรรมนี้ เมื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ ทางสถิติ ทำให้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างลดลงเหลือเพียง 109 คนเท่านั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณา ตัดข้อคำถามทั้ง 2 ข้อออก เพื่อให้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างคงไว้ที่ 150 เท่าเดิม ในการศึกษาครั้งนี้แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ

### 3. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไป ( General Self-Efficacy Scale ) สร้างโดยเชอร์เรอร์และคณะ ( Sherer, et al. 1982 )

เชอร์เรอร์และคณะได้สร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพื่อวัดทักษะทางด้านสังคมและการทำงาน โดยวัดพฤติกรรมเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะริเริ่มกระทำพฤติกรรม การใช้ความพยายามเพื่อทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ และความมุ่งมั่นต่อการเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต ( Likert scale ) 14 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง นำแบบทดสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาวิชาจิตวิทยา จำนวน 376 คน เมื่อทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ ( Factor analysis ) เหลือข้อคำถาม 23 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 หมวดคือ

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไป ( General self-efficacy subscale ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ หาค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.86
2. การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านสังคม ( Social self-efficacy subscale ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ หาค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.71

จากนั้นนำไปหาความตรงเชิงโครงสร้าง ( Construct validity ) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเดิมตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับบุคลิกภาพอื่น 6 ด้าน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ได้แก่แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ( Internal-External Control Scale ) ของรอตเตอร์ ( Rotter 1966 ) แบบวัดการควบคุมตนเอง ( Personal Control Subscale of the I-E Scale ) ของกูรินและคณะ ( Gurin,Gurin,Lao & Beattie 1969 ) แบบวัดความต้องการทางด้านสังคมของมาร์โลว์-คราวน์ ( Marlowe-Crowne Social Desirability Scale ) ของคราวน์และมาร์โลว์ ( Crowne & Marlowe 1964 ) แบบวัดความแข็งแกร่งของอีโก ( Ego Strength Scale ) ของบารร์รอน ( Barron 1963 ) แบบวัดความสามารถภายในของบุคคล ( Interpersonal Competence Scale ) ของฮอลแลนด์และเบอร์ด ( Holland & Baird 1968 ) และแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( Self-esteem Scale ) ของโรเซนเบิร์ก ( Rosenberg 1965 ) พบว่าแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับแบบวัดบุคลิกภาพดังกล่าว จากนั้นนำไปหาความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ ( Criterion validity ) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยติดสุรากำลังได้รับการรักษา และยินดีตอบแบบสอบถามจำนวน 150 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองและข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จในอดีตที่ผ่านมาทางด้านการประกอบอาชีพ

การศึกษาและการปกครอง พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในอดีต มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองทั้งด้านทั่วไปและด้านสังคม

ไวท์เซิล ( Weitzel 1989: 99-104 ) ได้นำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไปไปวัดการรับรู้สมรรถนะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพ มีระดับการศึกษาและลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมต่างกัน จำนวน 179 คน โดยปรับคะแนนเป็นแบบลิเกิต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มั่นใจเลย ถึงมั่นใจเต็มที่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.83

สต็ฟเบอร์เจนและเบคเกอร์ ( Stuijbergen & Becker 1994 : 3-13 ) นำไปวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทุพพลภาพ จำนวน 117 คน โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 5 ระดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.87

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไปซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 6 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1 3 8 9 13 และ 15 ที่เหลือเป็นคำถามด้านลบ การวัดใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิต 5 ระดับ เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการตอบ ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5	คะแนน
เห็นด้วยค่อนข้างมาก	"	4	"
เห็นด้วยปานกลาง	"	3	"
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	"	2	"
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	"	1	"

ในการสัมภาษณ์ จะให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ตัดสินด้วยตนเองว่าเห็นด้วยกับข้อคำถามมากน้อยเพียงใด แบบสัมภาษณ์จะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน โดยข้อที่เป็นคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนน คะแนนมาก หมายถึง รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ

## คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้แปลแบบวัดเป็นภาษาไทย แล้วนำไปหาความตรงตามเนื้อหา ( Content validity ) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ ทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ให้เกณฑ์การตัดสินความเห็นพ้อง 2 ใน 3 ท่าน

นำแบบวัดที่มีการปรับเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน แล้วหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.79 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 150 คน ได้ค่าแอลฟาเพิ่มขึ้นเป็น 0.86

4. แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบวัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นข้อคำถาม 1 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความคิดเห็น หรือความรู้สึกทั่วไปว่าภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ดี พอใช้ หรือไม่ดี แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบข้อเดียวนี้เป็นแบบวัดที่นิยมใช้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุมากที่สุด (Ferraro 1980; Melanson & Downe-Wamboldt 1987; Mossey & Shapiro 1982 ) เกณฑ์การให้คะแนน

4	หมายถึง	สุขภาพดีมาก
3	"	สุขภาพดี
2	"	สุขภาพพอใช้
1	"	สุขภาพไม่ดี

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลในฐานะนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล ไปถึงสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ เมื่อได้รับอนุมัติจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายรายละเอียด และทำความเข้าใจกับข้อคำถามที่เข้าใจยากให้ตรงกัน

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
3. ขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับการยินยอมจึงเริ่มสัมภาษณ์
4. ดำเนินการสัมภาษณ์ที่สมาคมผู้สูงอายุ หรือที่บ้านของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การสัมภาษณ์ที่สมาคมผู้สูงอายุจะสัมภาษณ์ที่โต๊ะซึ่งจัดไว้เป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงดังรบกวน การสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้สูงอายุจะเลือกสถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวนจากบุตรหลานหรือห่างจากหน้าร้านขายสินค้า ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่มีสมาธิในการตอบข้อคำถาม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-60 นาที
5. นำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไป แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพมาคิดคะแนน พร้อมทั้งแยกข้อมูลตามตัวแปรและปัจจัยพื้นฐานที่ศึกษา

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup> โดย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สมาชิกในครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับอายุ รายได้ และจำนวนปีที่ศึกษา แสดงด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( Pearson product moment correlation coefficient )
4. วิเคราะห์หาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน จากตัวแปรการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ( Stepwise multiple regression )

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน ความสัมพันธ์ของตัวเหล่านี้ รวมทั้งความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากตัวแปรดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และผลการทดสอบสมมติฐาน

#### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุที่ถูกคัดเลือกเข้าในการศึกษานี้มีจำนวน 157 ราย แต่ผู้สูงอายุ 7 ราย ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย เนื่องจากมีภาระจำเป็นที่จะต้องกระทำ จึงเหลือผู้สูงอายุที่ยินดี เข้าร่วมในการวิจัย 150 ราย โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย คือร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 60-84 ปี อายุเฉลี่ย ( M ) 67.52 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( SD ) 5.96 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือร้อยละ 65.3 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ วุฒิการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คือร้อยละ 65.3 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 16.0 จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนอยู่ระหว่าง 0-16 ปี ( M=4.10 ปี, SD=3.21 ปี ) ผู้สูงอายुर้อยละ 82.0 มีรายได้เป็นของตนเอง รายได้ต่อเดือนมีความแตกต่างกันมาก ส่วนใหญ่คือร้อยละ 46.7 มีรายได้จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง และร้อยละ 68.7 รายงานว่ามีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 97.3 ยังอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและหรือ บุตรหลาน ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( n=160 )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>รายได้</b>		
ชาย	70	46.7	ไม่มีรายได้	27	18.0
หญิง	80	53.3	มีรายได้	123	82.0
<b>สถานภาพสมรส</b>			<b>เฉพาะผู้ที่มีรายได้</b>		
โสด	4	2.7	แหล่งของรายได้		
คู่	98	65.3	ลูกหลาน	26	17.3
หม้าย, หย่า, แยก	48	32.0	เงินบำนาญ	20	13.3
<b>ศาสนา</b>			การประกอบอาชีพ	70	46.7
พุทธ	149	99.3	อื่นๆ	7	4.7
คริสต์	1	0.7	<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
<b>วุฒิการศึกษา</b>			ไม่เพียงพอ	20	13.3
ไม่ได้เรียน	24	16.0	เพียงพอ	103	68.7
ประถมศึกษา	98	65.3	<b>สมาชิกในครอบครัว</b>		
มัธยมศึกษา	24	16.0	อยู่คนเดียว	1	0.7
ประกาศนียบัตร	3	2.0	อยู่กับคู่สมรส		
ปริญญาตรี	1	0.7	และ/หรือบุตรหลาน	146	97.3
			อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก	3	2.0

**ตารางที่ 2** ค่าตัวกลางและการกระจายของอายุ จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง  
( n=150 )

ค่าสถิติ	อายุ ( ปี )	จำนวนปีที่ศึกษา ( ปี )	*รายได้ ( บาท / เดือน )
พิสัย	60-84	0-16	500-22,000
ค่าเฉลี่ย	67.52	4.10	5,247.72
มัธยฐาน	66.00	4.00	4,000.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.96	3.21	4,242.19
ค่าการกระจาย	.689	1.317	1.832

หมายเหตุ \*เฉพาะผู้ที่มีรายได้ ( n=123 )

#### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 ( SD=0.72 ) ค่าการกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ซ้าย ( Skewness=-.096 ) แสดงว่าส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดีเล็กน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 46.0 ประเมินสุขภาพว่าพอใช้ รองลงมาคือร้อยละ 39.4 ประเมินว่าสุขภาพดี ร้อยละ 11.3 ประเมินว่าสุขภาพไม่ดี มีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ประเมินว่าสุขภาพดีมาก

#### การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนนเฉลี่ย 58.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.54 คะแนน ค่าการกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ซ้าย ( Skewness=-.178 ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับค่อนข้างสูง

### พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (  $M=2.76$ ,  $SD=0.37$  ) ค่าการกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ขวา (  $Skewness=.296$  ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (  $M=3.59$ ,  $SD=0.35$ ,  $Skewness=-.587$  ) รองลงมาได้แก่การจัดการกับความเครียด (  $M=3.16$ ,  $SD=0.51$ ,  $Skewness=-.285$  ) การบรรลุอุดมการณ์ของตน (  $M=3.08$ ,  $SD=0.51$ ,  $Skewness=.062$  ) และการสนับสนุนระหว่างบุคคล (  $M=2.94$ ,  $SD=0.49$ ,  $Skewness=.212$  ) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.00 ได้แก่การรับมือต่อสุขภาพ (  $M = 2.00$ ,  $SD=0.59$ ,  $Skewness=1.166$  ) และการออกกำลังกาย (  $M=2.00$ ,  $SD=0.60$ ,  $Skewness=.424$  ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าการกระจายของคะแนน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน (  $n=150$  )

	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าการกระจายของคะแนน
พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	1-4	2.76	0.37	.296
การบรรลุอุดมการณ์ของตน	1-4	3.08	0.51	.062
การรับมือต่อสุขภาพ	1-4	2.00	0.59	1.166
การออกกำลังกาย	1-4	2.00	0.60	.424
การรับประทานอาหาร	1-4	3.59	0.35	-.587
การสนับสนุนระหว่างบุคคล	1-4	2.94	0.49	.212
การจัดการกับความเครียด	1-4	3.16	0.51	-.285

### ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ใช้สถิติวิเคราะห์หาค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเปียร์สัน โดยตัวแปรที่มีการวัดระดับนามสเกลได้แก่เพศ และสถานภาพสมรส ได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ก่อน โดยกำหนดให้เพศชายเป็น 0 เพศหญิงเป็น 1 สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก เป็น 0 และคู่เป็น 1 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตัวแปรเรื่องรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย ตอบว่าไม่มีรายได้เป็นของตนเอง แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่มีรายได้เป็นศูนย์. เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลาน หรือญาติพี่น้องในลักษณะอื่นที่ไม่ได้เป็นตัวเงิน ในการศึกษาครั้งนี้ จึงนำเฉพาะกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 รายที่มีรายได้มาวิเคราะห์ ซึ่งมีพิสัยของรายได้เท่ากับ 600-22,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 5,247.72 บาท ค่ามัธยฐาน 4,000.00 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4,242.19 บาท ดังแสดงในตารางที่ 4

สมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ( $r=-.16, p<.05$ ) นั่นคือผู้สูงอายุเพศชายจะมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวนปีที่ศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ( $r=.40, p<.001$ ) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน ( $r=.31, p<.001$ ) การรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $r=.29, p<.001$ ) การออกกำลังกาย ( $r=.25, p<.01$ ) การสนับสนุนระหว่างบุคคล ( $r=.25, p<.01$ ) และการจัดการกับความเครียด ( $r=.35, p<.001$ ) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ( $r=.39, p<.001$ ) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน ( $r=.27, p<.01$ ) การรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $r=.47, p<.001$ ) การออกกำลังกาย ( $r=.26, p<.01$ ) และการสนับสนุนระหว่างบุคคล ( $r=.27, p<.01$ ) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน ดังแสดงในตารางที่ 4

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน



พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (  $r=.46, p<.001$  ) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน (  $r=.53, p<.001$  ) การรับมือต่อสุขภาพ (  $r=.25, p<.01$  ) การออกกำลังกาย (  $r=.18, p<.05$  ) การรับประทานอาหาร (  $r=.26, p<.01$  ) การสนับสนุนระหว่างบุคคล (  $r=.39, p<.001$  ) และการจัดการกับความเครียด (  $r=.23, p<.01$  ) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการบรรลุอุดมการณ์ของตน (  $r=.20, p<.05$  ) และการรับประทานอาหาร (  $r=.15, p<.05$  ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับมือต่อสุขภาพ (  $r=-.19, p<.05$  ) ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 2 จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ( n=123 )

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1.00						
2. อายุ	-.12	1.00					
3. สถานภาพสมรส	-.35***	-.27**	1.00				
4. จำนวนปีที่ศึกษา	-.31***	-.04	.03	1.00			
5. รายได้	-.08	-.09	.00	.44***	1.00		
6. การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	.09	-.13	.14	.24**	.25**	1.00	
7. การรับรู้ภาวะ สุขภาพ	-.13	.10	.15*	.14	.02	.24**	1.00
8. พฤติกรรมฯ โดยรวม	-.04	-.04	.06	.40***	.39***	.46***	.08
9. ด้านที่ 1	-.06	-.05	.14	.31***	.27**	.53***	.20*
10. ด้านที่ 2	.07	-.04	-.01	.29***	.47***	.25**	-.19*
11. ด้านที่ 3	-.16*	-.06	.06	.25**	.26**	.18*	.14
12. ด้านที่ 4	-.01	-.08	.10	.05	.14	.26**	.15*
13. ด้านที่ 5	.05	.00	.00	.25**	.27**	.39***	.02
14. ด้านที่ 6	-.02	.03	-.07	.35***	.09	.23**	.07

หมายเหตุ \* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

ตัวแปรหุ่น เพศ 0 = ชาย 1 = หญิง, สถานภาพสมรส 0 = โสด หมาย หย่า แยก 1 = คู่

พฤติกรรมฯโดยรวม หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม

- |           |   |                         |
|-----------|---|-------------------------|
| ด้านที่ 1 | ” | การบรรลุอุดมการณ์ของตน  |
| ด้านที่ 2 | ” | การรับมือต่อสุขภาพ      |
| ด้านที่ 3 | ” | การออกกำลังกาย          |
| ด้านที่ 4 | ” | การรับประทานอาหาร       |
| ด้านที่ 5 | ” | การสนับสนุนระหว่างบุคคล |
| ด้านที่ 6 | ” | การจัดการกับความเครียด  |

**สมมติฐานข้อที่ 3** กล่าวว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านได้

เมื่อนำตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เข้าในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

**พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม** การรับรู้สมรรถนะของตนเอง จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นตัวแปรแรกที่ถูกเลือกเข้าในสมการทำนาย อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 21.5 (  $F$  change = 33.19,  $df$  1,121,  $p < .001$  ) จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ถูกเลือกเข้าในสมการทำนายเป็นอันดับที่ 2 และ 3 อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.7 (  $F$  change = 14.96,  $df$  2,120,  $p < .001$  ) และร้อยละ 3.3 (  $F$  change = 5.78,  $df$  3,119,  $p < .05$  ) ตามลำดับ

**การบรรลุอุดมการณ์ของตน** การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการศึกษา เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการทำนายการบรรลุอุดมการณ์ของตน ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้ร้อยละ 31.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองถูกเลือกเข้าในสมการทำนายเป็นอันดับที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนของการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้ร้อยละ 28.3 (  $F$  change = 47.69,  $df$  1,121,  $p < .001$  ) จำนวนปีที่ศึกษาถูกเลือกเข้าในสมการเป็นอันดับที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนของการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.5 (  $F$  change = 6.13,  $df$  2,120,  $p < .05$  )

**การรับผิดชอบต่อสุขภาพ** รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการทำนายการรับผิดชอบต่อสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 28.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรายได้ถูกเลือกเข้าในสมการทำนายเป็นอันดับที่ 1 อธิบายความแปรปรวนของการรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 22.0 (  $F$  change = 34.10,  $df$  1, 121,  $p < .001$  ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ

และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ถูกเลือกเข้ามาเป็นอันดับที่ 2 และ 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.3 (  $F$  change = 5.38,  $df$  2,121,  $p < .05$  ) และร้อยละ 3.5 (  $F$  change = 5.87,  $df$  3,119,  $p < .05$  ) ตามลำดับ

**การออกกำลังกาย** พบว่ามีตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการออกกำลังกาย ได้แก่ รายได้ โดยอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้ร้อยละ 6.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (  $F$  change = 8.62,  $df$  1,121,  $p < .01$  )

**การรับประทานอาหาร** พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมรับประทานอาหารได้ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (  $F$  change = 9.02,  $df$  1,121,  $p < .01$  )

**การสนับสนุนระหว่างบุคคล** การรับรู้สมรรถนะของตนเองและรายได้ เป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการทำนายการสนับสนุนระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการสนับสนุนระหว่างบุคคลได้ร้อยละ 18.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองถูกนำเข้ามาในสมการทำนายเป็นอันดับที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนของการสนับสนุนระหว่างบุคคลได้ร้อยละ 15.2 (  $F$  change = 21.76,  $df$  1,121,  $p < .001$  ) รายได้ถูกเลือกเข้าในสมการอันดับที่ 2 อธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.1 (  $F$  change = 4.47,  $df$  2,120,  $p < .05$  )

**การจัดการกับความเครียด** จำนวนปีที่ศึกษาเป็นตัวแปรเดียวที่ถูกนำเข้ามาในสมการทำนาย สามารถอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับความเครียดได้ร้อยละ 12.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (  $F$  change = 17.31,  $df$  1,121,  $p < .001$  )

ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 3 จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ( Stepwise multiple regression )  
เพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ( n=123 )

พฤติกรรมกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพ	อันดับ ที่	ตัวแปรทำนาย	RSQ	RSQ change	Beta	F change
โดยรวม	1	การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	.215	.215	.361	33.19***
	2	จำนวนปีที่ศึกษา	.302	.087	.222	14.96***
	3	รายได้	.335	.033	.203	5.78*
การบรรลุอุดมการณ์ ของตนเอง	1	การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	.283	.283	.485	47.69***
	2	จำนวนปีที่ศึกษา	.318	.035	.192	6.13*
การรับผิดชอบต่อ สุขภาพ	1	รายได้	.220	.220	.416	34.10***
	2	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.253	.033	-.231	5.38*
	3	การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	.288	.035	.200	5.87*
การออกกำลังกาย	1	รายได้	.067	.067	.258	8.62**
การรับประทานอาหาร	1	การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	.069	.069	.263	9.02**
การสนับสนุน ระหว่างบุคคล	1	การรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง	.152	.152	.346	21.76***
	2	รายได้	.183	.031	.180	4.47*
การจัดการกับ ความเครียด	1	จำนวนปีที่ศึกษา	.125	.125	.354	17.31***

หมายเหตุ \* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายถึงระดับของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งความสามารถของตัวแปรเหล่านี้ในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและในด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด

## ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษามีอายุตั้งแต่ 60-84 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 67.52 ปี ซึ่งจัดเป็นวัยสูงอายุตอนต้นที่สภาพร่างกายโดยทั่วไปยังแข็งแรง ยังสามารถทำงานและประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 65.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ที่เหลือมีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก แต่เมื่อพิจารณาถึงสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดยังอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและหรือบุตรหลาน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสภาพความเป็นอยู่ของสังคมในต่างจังหวัดที่มีลักษณะของครอบครัวแบบขยายที่ผู้สูงอายุยังอาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลาน ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกันจึงมีสูง เมื่อพิจารณาเรื่องการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เรียนหนังสือในระดับชั้นประถมศึกษาถึงร้อยละ 65.3 จำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 4.10 ปี ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาการศึกษาของไทยในสมัยก่อนที่ประชาชนส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับอ่านออก-เขียนได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 46.7 ยังสามารถประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตัวเอง ที่เหลือได้จากบุตรหลาน เงินบำนาญ และอื่นๆ เช่นดอกเบี๋ยเงินฝากธนาคาร รายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,247.72 บาท (  $SD=4,242.19$  , มัธยฐาน=4,000 บาท ) ค่าการกระจายของรายได้มีทิศทางเบ้ขวา (  $Skewness=1.832$  ) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ แต่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ร้อยละ 68.7 รายงานว่ารายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ( ร้อยละ 18.0 ) ไม่ได้หมายความว่าไม่มีรายได้เป็นศูนย์ เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้จากการดูแลของบุคคลในครอบครัว ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือต่างๆเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่

### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรง ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้านและที่สมาคมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยและค่าการกระจายของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่เล็กน้อย ( $M=2.35$ ,  $SD=0.72$ ,  $Skewness=-.096$ ) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 46.0 ประเมินว่าสุขภาพพอใช้ และร้อยละ 39.4 ประเมินว่าสุขภาพดี มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ประเมินสุขภาพของตนว่าดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์และแมคครีดี (Brown & McCreedy 1986 : 317-329) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงดี แล้วพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับพอใช้ถึงดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับพอใช้ถึงดีเท่านั้น ไม่ประเมินถึงระดับดีมาก

### การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะของตนเองค่อนข้างสูง ( $M=58.71$ ,  $SD=7.54$ ,  $Skewness=-.178$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยสูงอายุดอนต้น ยังสามารถทำงานและประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 46.7 ของกลุ่มตัวอย่างยังคงทำงานและหาเงินได้ด้วยตนเอง ซึ่งค้นค้นกับลิเกอร์ และ ดาเวนีกับโมเอ็น (Duncan & Liker 1983; Downey & Moen 1978 cited in Gecas 1989 : 304) กล่าวว่าผู้ที่มิรายได้จากการประกอบอาชีพด้วยตนเองจะรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่าผู้ที่มิรายได้จากการช่วยเหลือของผู้อื่นหรือจากสวัสดิการ

### พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.76$ ,  $SD=0.37$ ) เมื่อพิจารณาค่าการกระจายของคะแนน พบว่ามีทิศทางเบ้ขวา ( $Skewness=.296$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างต่ำ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ที่ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ซึ่งเป็นจังหวัดใกล้เคียง และมีลักษณะภูมิประเทศและความเป็นอยู่

ของประชากรใกล้เคียงกับจังหวัดนครสวรรค์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในต่างจังหวัดที่ส่วนใหญ่ยังทำงานและประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้มีเวลาว่างไม่มากพอ การขาดความรู้ ขาดรายได้ และผู้เอื้ออำนวยความสะดวก อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารสูงสุด รองลงมาได้แก่ การจัดการกับความเครียด การบรรลุอุดมการณ์ของตน และการสนับสนุนระหว่างบุคคลตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการออกกำลังกาย มีคะแนนค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละด้านแล้วพบว่า

**การรับประทานอาหาร** พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (  $M=3.59$ ,  $SD=0.35$ ,  $Skewness=-.587$  ) โดยพบว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารเป็นเวลาครบวันละ 3 มื้อ อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารหลักครบ 5 หมู่ ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่รับประทานเนื้อสัตว์บางประเภท เช่น เนื้อวัวหรือเนื้อหมู จะรับประทานเนื้อไก่หรือปลาทดแทน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลีภัทรสุพรรณาคาร ( 2536 ) ที่ศึกษาการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ แล้วพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 90 รับประทานอาหารครบวันละ 3 มื้อ และส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารถูกต้องและได้คุณค่าตามหลักโภชนาการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง ดังนั้นจึงมีโอกาสในการเลือกและจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ได้ตามที่ต้องการ นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว การมีรายได้เป็นของตนเอง และภาวะทางเศรษฐกิจที่ไม่ฝืดเคือง จึงมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับค่อนข้างดี

**การจัดการกับความเครียด** พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างดี (  $M=3.16$ ,  $SD=0.851$ ,  $Skewness=-.285$  ) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและความกังวลใจ มีการจัดการกับความเครียดโดยวิธีที่เหมาะสม โดยเรื่องที่ทำให้เกิดความเครียดและกังวลใจได้แก่ ภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวอันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ กังวลเกี่ยวกับบุตรหลานที่อยู่ในวัยเรียน กำลังหางานทำ และบุตรหลานประพฤติตนไม่ดี หรือกังวลเรื่องเศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุหลายรายที่ยังต้องประกอบอาชีพ บางรายมีปัญหาเรื่องอาชีพที่ทำอยู่ บางรายมีรายได้น้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว เรื่องกังวลใจ

อื่นๆได้แก่สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยไม่ดี และเรื่องสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านเป็นต้น วิธีที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ในการควบคุมความเครียดบ่อยที่สุดได้แก่ การพูดคุยปรับทุกข์กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือเพื่อนสนิท เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว การพูดคุยปรับทุกข์จะทำให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก รวมทั้งทำให้สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวได้รับทราบปัญหาของผู้สูงอายุ และหาวิธีการที่ดีในการจัดการกับปัญหานั้น วิธีการต่อไปที่ผู้สูงอายุใช้ในการจัดการกับความเครียดได้แก่การปฏิบัติธรรม เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ ฟังธรรมะ และการออกกำลังกาย ส่วนน้อยรายงานว่าใช้วิธีวางเฉยหรือไม่ทำอะไรเลย ปล่อยให้ปัญหาคเล็ดคลายไปเอง

**การบรรลุอุดมการณ์ของตน** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตนอยู่ในระดับปานกลาง (  $M=3.08$ ,  $SD=0.51$ ,  $Skewness=.062$  ) โดยส่วนใหญ่รายงานว่ามีความสุขและพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ มองชีวิตในทางที่ดี มองการณ์ไกล วางแผนระยะยาว เชื่อว่าชีวิตของตนมีจุดมุ่งหมาย พอใจและภูมิใจในความสำเร็จที่ผ่านมาของตน ส่วนใหญ่รายงานว่าตนมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงนิสัยใจคอไปในทางที่ดีขึ้น มีผู้สูงอายุส่วนน้อย ที่รายงานว่าไม่ค่อยชอบตนเอง เนื่องจากไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัว เมื่ออายุมากขึ้นสุขภาพก็ทรุดโทรมลง ทำให้ความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ซึ่งตามแนวความคิดของมาสโลว์ ( Maslow อ้างในศรีเรือน แก้วกังวาล 2536: 108-111 ) เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการบรรลุอุดมการณ์ของตน คือความผ่องใสเพื่อสนองความต้องการในการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ และต้องการพัฒนาไปให้ถึงความต้องการที่สูงที่สุดนี้ ผู้ที่มีคุณสมบัติของการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์สูง เป็นข้อบ่งชี้ว่าสุขภาพจิตดี มีบุคลิกภาพพัฒนา บุคคลที่อายุมากขึ้นจะยิ่งสามารถสนองความต้องการเพิ่มได้มากขึ้น นอกจากนี้ตามแนวความคิดของอีริกสัน ( Erikson อ้างในศรีเรือน แก้วกังวาล 2536: 48,56; Busse & Blazer อ้างในพัชรี ต้นศิริ 2533: 83; Miller 1991 : 41 ) ซึ่งกล่าวถึงวัยสูงอายุว่าเป็นระยะที่รู้สึกว่าคุณค่าหรือสิ้นหวัง ( Ego integrity versus despair ) สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมามีความสุข ความสำเร็จ ความเจริญก้าวหน้า จะแสดงออกโดยมีความเฉลียวฉลาดเข้าใจโลก เข้าใจตนเอง ยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ส่วนผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าชีวิตสิ้นหวัง ก็จะมีความรู้สึกตรงกันข้ามจากแนวคิดของมาสโลว์และอีริกสันดังกล่าว จึงจัดได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ที่รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าและสุขภาพจิตอยู่ในระดับพอใช้

**การสนับสนุนระหว่างบุคคล** ผู้สูงอายุมีคะแนนการสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (  $M=2.94$ ,  $SD=0.49$ ,  $Skewness=.212$  ) โดยพบว่าเรื่องที่มีคะแนนต่ำที่สุดได้แก่การสัมผัสหรือโอบกอดกับบุคคลที่รักหรือห่วงใย ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมของไทย การโอบกอดส่วนใหญ่จะกระทำเฉพาะกับเด็กเล็กๆ เมื่อโตขึ้นและวัยผู้ใหญ่ไม่นิยมการโอบกอดซึ่งกันและกัน เพียงการที่บุคคลที่รักหรือห่วงใย เช่น บุตรหลาน ได้มีเวลาให้กับผู้สูงอายุ ได้พูดคุยหรืออยู่ใกล้ซิด และดูแลเอาใจใส่ ก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การได้รับการสนับสนุนและเอาใจใส่จากสังคมจะช่วยป้องกันปัญหาทางอารมณ์ต่างๆที่เกิดแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพดีและอายุยืน ( ชูศักดิ์ เวชแพศย์ 2532: 222-229 ) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายงานว่ามีความจริงใจและรักษาความเป็นมิตรกับบุคคลรอบข้างมากที่สุด แต่มีโอกาสแสดงความรัก ความห่วงใย และให้ความอบอุ่นแก่ผู้อื่น รวมทั้งมีเวลาให้กับเพื่อนที่ใกล้ซิดแค่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานและประกอบอาชีพของตนเองอยู่ โอกาสในการออกไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง หรือสังคมนอกครอบครัวจึงมีน้อย

**การรับมือต่อสุขภาพ** องค์การอนามัยโลก ( WHO ) จัดการรับมือต่อสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีความรับมือต่อสุขภาพจะแสดงความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน โดยการไปตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ มีการแสวงหาความรู้และวิธีการที่ดีในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพของตน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับมือต่อสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (  $M=2.00$ ,  $SD=0.59$ ,  $Skewness=1.166$  ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุจะไปตรวจสุขภาพกับแพทย์หรือเจาะเลือดเพื่อหาระดับไขมันเพียงนานๆครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ์ จันทร์สว่าง ( 2533 ) ที่ศึกษาแบบแผนสุขภาพกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตกิ่งอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา แล้วพบว่าผู้สูงอายุไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปีเลย และการศึกษาของอำไพ ชนะกอกและคณะ ( 2535 : 1-15 ) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนน้อยจะไปตรวจสุขภาพร่างกายในขณะที่มีความรู้สึกสบายดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี ทำให้ผู้สูงอายุไม่ไปตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองจากการฟังวิทยุและดูโทรทัศน์เป็นส่วนใหญ่ จะพูดคุยแสวงหาข้อมูลกับแพทย์หรือพยาบาล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ มีการเข้าร่วมประชุมหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมน้อยมาก ผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าไม่ค่อยเห็นความสำคัญ

ของการเข้าร่วมประชุมมัก และการประชุมหรือการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อม นานๆจึงจะมีการจัดขึ้นสักครั้ง และส่วนใหญ่ไม่ค่อยทราบว่าจะจัดเมื่อไร ที่ไหน ส่วนการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทางสมาคมผู้สูงอายุได้จัดให้มีขึ้นทุก 2 เดือน แต่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในการอบรมน้อย เนื่องจากมีภาระที่จะต้องทำเป็นประจำ ไม่ค่อยมีเวลาดว่าง จึงเข้าร่วมการประชุมได้เพียงนานๆครั้ง

**การออกกำลังกาย** พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนการออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ (  $M=2.00$ ,  $SD=0.60$ ,  $Skewness=.424$  ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการผ่อนคลาย ได้แก่เดินเล่นมากที่สุด ส่วนการออกกำลังกายนั้นมีเหงื่อออก ครั้งละ 20-30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และการออกกำลังกายแบบเหยียดแขนขาและลำตัว จะทำนานๆครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารมณี วุฒิพิฤกษ์และคณะ ( 2529 ) ที่พบว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 3.7 เท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเข้าร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีผู้ดูแล และนับชีพจรเมื่อออกกำลังกายน้อยมาก ผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าไม่เคยนับชีพจร แต่ใช้วิธีสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจแทน ถ้าหัวใจเต้นเร็วหรือเหนื่อยมากจะค่อยๆหยุดออกกำลังกาย โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีกิจกรรมการออกกำลังกายน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่ยังต้องทำงาน ซึ่งต้องเริ่มงานตั้งแต่เช้าจนถึงเย็นมาก จึงไม่มีเวลาสำหรับออกกำลังกายโดยตรง ผู้สูงอายุที่ต้องทำงานใช้แรงงาน เช่น รับจ้างหรือทำการเกษตร จะถือว่ากิจกรรมเหล่านี้เป็นการออกกำลังกายไปในตัว ส่วนผู้สูงอายุที่ไปออกกำลังกายเป็นประจำ พบว่าส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างดี ไม่ต้องเริ่มทำงานตั้งแต่เช้าหรือเลิกงานจนเย็น ร่วมกับการที่อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ มีสถานที่ออกกำลังกายห่างออกไปจากใจกลางเมืองพอสมควร การไปกลับไม่สะดวก ผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยอยู่ใกล้หรือขับรถไปเองได้ หรือมีลูกหลานคอยรับส่ง จะสามารถไปออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่และสม่ำเสมอ แต่เป็นข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ที่พักอาศัยห่างไกลและขาดผู้อำนวยความสะดวก จึงทำให้เข้าร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายน้อยกว่าที่ควรจะเป็น สอดคล้องกับการสำรวจของแซค และแซช ( Sacks & Sachs 1981 cited in Alexy 1991 : 34 ) ที่พบว่าอุปสรรคของการเข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายได้แก่ ไม่มีเวลา ระยะทางห่างไกลจากสถานที่ออกกำลังกาย อ่อนเพลีย และขาดแรงจูงใจ ตามลำดับ

### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้เกี่ยวกับ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ( $r=.18, p<.05$  ถึง  $r=.53, p<.001$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทาน อาหาร และการสนับสนุนระหว่างบุคคล หมายความว่าผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน การรับประทานอาหาร และการสนับสนุนระหว่างบุคคลดี ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามทฤษฎี การรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura 1977) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของบุคคล (Gecas 1989 : 219-316; Grembowski, et al. 1993 : 89-104; O'Leary 1986 : 437-451; Strecher, et al.1986 : 73-92) ส่วนความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นที่ศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับจำนวนปีที่ศึกษา ( $r=.24, p<.01$ ) กับรายได้ ( $r=.25, p<.01$ ) และกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r=.24, p<.01$ ) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้สูง และรับรู้ภาวะสุขภาพว่าดีจะรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงด้วย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน ( $r=.20, p<.05$ ) และการรับประทานอาหาร ( $r=.15, p<.05$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $r=-.19, p<.05$ ) นั่นคือผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าดีมีพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน และการรับประทานอาหารดี แต่มีพฤติกรรมการรับผิดชอบต่อสุขภาพไม่ดี อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับต่ำทั้งสิ้น ดังนั้นเมื่อทดสอบความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จึงพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ

สามารถทำนายพฤติกรรมด้านการรับมือต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้เพียงด้านเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อยู่แล้วกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ดังนั้นจึงไม่ถูกเลือกเข้าในสมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลบางประการมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกันเอง ได้แก่ เพศกับสถานภาพสมรส ( $r = -.35, p < .001$ ) เพศกับจำนวนปีที่ศึกษา ( $r = -.31, p < .001$ ) และอายุกับสถานภาพสมรส ( $r = -.27, p < .01$ ) ส่วนจำนวนปีที่ศึกษากับรายได้ มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .44, p < .001$ ) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวบ่งบอกถึงธรรมชาติของลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาว่า เพศชายส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีการศึกษาสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากส่วนใหญ่เพศชายมักอายุขัยสั้นกว่าเพศหญิง (บรรลุ ศิริพานิช 2533 : 432) และสังคมไทยในสมัยก่อนให้ความสำคัญกับเพศชายในการศึกษาเล่าเรียนมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีรายได้สูงด้วย

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ พบว่า จำนวนปีที่ศึกษาและรายได้เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และถูกเลือกเข้าในสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยจำนวนปีที่ศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ยกเว้นการรับประทานอาหาร ( $r = .25, p < .01$  ถึง  $r = .40, p < .001$ ) และจำนวนปีที่ศึกษายังมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน และการจัดการกับความเครียด ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นแหล่งของความรู้ การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เล็งเห็นประโยชน์ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Muhlenkamm & Sayles 1986 : 336)

รายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ยกเว้นพฤติกรรมด้านการรับประทาน และการจัดการกับความเครียด ( $r = .26, p < .01$  ถึง  $r = .47, p < .001$ ) และมีความสามารถ ในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน

การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และการสนับสนุนระหว่างบุคคล เนื่องจากรายได้ เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ สามารถเอื้ออำนวยความสะดวกในเรื่องเวลา สิ่งของเครื่องใช้ และทำให้เข้าถึงบริการได้อย่างเต็มที่ ผู้ที่มีรายได้สูงจึงน่าจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ แต่ไม่เป็นจริงกับทุกพฤติกรรม เช่นในการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้ไม่มี ความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุได้

เมื่อพิจารณารายละเอียดเกี่ยวกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และความสามารถในการ ทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า

**พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม** พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้แก่การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (  $r=.46$ ,  $p<.001$  ) รายได้ (  $r=.39$ ,  $p<.001$  ) และจำนวนปีที่ศึกษา (  $r=.40$ ,  $p<.001$  ) และตัวแปรทั้ง 3 ยังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ โดยร่วมกันอธิบาย ความแปรปรวนได้ร้อยละ 33.5 นั่นคือผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง มีรายได้และ การศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เกร็มโบวสกีและคณะ ( Grembowski, et al. 1993 : 89-104 ) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะ ของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วพบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่า สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีกว่า และมีความเสี่ยง ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆได้ ( สุดาวรัตน์ ขวัญเงิน 2537; Alexy 1991 : 33-40; Pender, et al. 1990 : 326-332; Stuijbergen & Becker 1994 : 3-13, Weitzel 1989 : 99-104 ) การศึกษาที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่างได้ ได้แก่ดวงพร รัตนอมรชัย ( 2535 ) และบราวน์และแมคครีดี ( Brown & McCreedy 1986 : 317-329 ) และรายงานที่พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ ( ดวงพร รัตนอมรชัย 2535; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค 2535; Muhlenkamp & Broerman 1988 : 637-646; Muhlenkamp & Sayles 1986 : 334-338; Speake, Cowart & Pellet 1989 : 93-100; Weitzel 1989 : 99-104 )

**การบรรลุอุดมการณ์ของตน** ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้แก่การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ( $r=.53, p<.001$ ) จำนวนปีที่ศึกษา ( $r=.31, p<.001$ ) รายได้ ( $r=.27, p<.01$ ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r=.20, p<.05$ ) แต่ตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน ได้แก่การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และจำนวนปีที่ศึกษา โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้ร้อยละ 31.8 นั่นคือผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง และมีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตนสูง ซึ่งอธิบายได้ว่า การบรรลุอุดมการณ์ของตนเป็นภาวะที่บุคคลได้บรรลุถึงความต้องการสูงสุด เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความสุขและความกระตือรือร้นในชีวิต (Johnson, et al. 1993: 135) บุคคลจึงต้องการพัฒนาไปให้ถึงภาวะนี้ (Maslow อ้างในศรีเรือน แก้วกังวาล 2536 : 108-111) แต่การบรรลุอุดมการณ์ของตนจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับความสามารถและศักยภาพของบุคคลนั้น และการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะเป็นแรงขับไปสู่การบรรลุอุดมการณ์ของตน (Atkinson & Murray 1992 อ้างในสุदारัตน์ ขวัญเงิน 2537 : 73) ดังนั้นผู้ที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจึงมีพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์สูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของกลุ่มตัวอย่างได้ (Weitzel 1989 : 99-104; Stuijbergen & Becker 1994 : 3-13) และการศึกษาที่พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้ (Speake, Cowart & Pellet 1989 : 93-100; Walker, et al. 1988 : 76-90)

**การรับผิดชอบต่อสุขภาพ** ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่รายได้ ( $r=.47, p<.001$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r=-.19, p<.05$ ) จำนวนปีที่ศึกษา ( $r=.29, p<.001$ ) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ( $r=.25, p<.01$ ) แต่ตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 28.8 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง รับรู้ภาวะสุขภาพว่าไม่ดี และรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะมีการรับผิดชอบต่อสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ รับรู้ภาวะสุขภาพว่าดีและรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, et al. 1988 : 76-90) ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่มีรายได้สูง จะมีการรับผิดชอบต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1987) เชื่อว่าผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้รับรู้ภาวะ

สุขภาพว่าไม่ดี แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าไม่ดี จะมีการรับผิดชอบต่อสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าไม่ดี ส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพที่จะต้องเฝ้าระวัง ทำให้ผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เป็นประจำ รวมทั้งมีการแสวงหาความรู้และการดูแลตนเองอยู่เสมอ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าแข็งแรงดี อาจละเลยและขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตน ดังนั้นผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าไม่ดีจึงมีการรับผิดชอบต่อสุขภาพดีกว่า ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกกระทำพฤติกรรมที่มีประโยชน์ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดโทษต่อภาวะสุขภาพ รวมทั้งการใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุผลตามที่ต้องการ ผู้ที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจึงรับผิดชอบต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ

**การออกกำลังกาย** ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ได้แก่ รายได้ ( $r=.26, p<.001$ ) จำนวนปีที่ศึกษา ( $r=.25, p<.01$ ) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ( $r=.18, p<.05$ ) และเพศ ( $r=-.16, p<.05$ ) แต่ตัวแปรที่สามารถทำนายการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้มีเพียงตัวเดียว ได้แก่ รายได้ โดยอธิบายความแปรปรวนของการออกกำลังกายได้ร้อยละ 6.7 นั่นคือการมีรายได้สูงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาเข้าร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งมีแหล่งประโยชน์ทางด้านสิ่งอำนวยความสะดวก การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านบุคคล และการเข้าร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ขาดแคลนแหล่งประโยชน์และมีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟอร์ดและคณะ (Ford, et al. 1991 : 1246-1256) ที่พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะใช้เวลาว่างเพื่อออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี และการศึกษาของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker, et al. 1988 : 76-90) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างได้

**การรับประทานอาหาร** ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ( $r=.26, p<.01$ ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r=.15, p<.05$ ) แต่ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมีเพียงตัวเดียว ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยอธิบายความแปรปรวนของการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 6.9 นั่นคือผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารดี สอดคล้องกับการศึกษาของสตาร์ตัน ชวัญเงิน (2537) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

**การสนับสนุนระหว่างบุคคล** ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนระหว่างบุคคล ได้แก่จำนวนปีที่ศึกษา ( $r=.25, p<.01$ ) รายได้ ( $r=.27, p<.01$ ) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ( $r=.39, p<.001$ ) แต่ตัวแปรที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่รายได้ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการสนับสนุนระหว่างบุคคลได้ร้อยละ 18.3 ซึ่งอธิบายได้ว่าการสนับสนุนระหว่างบุคคล เป็นการที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น ช่วยทำให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเอง ได้รับความรักและความช่วยเหลือต่างๆ ยิ่งคนอายุมากขึ้น ความต้องการความช่วยเหลือก็จะมีมากขึ้น (Fillenbaum 1985: 688-706) การสนับสนุนระหว่างบุคคลจะทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยส่งเสริมการปรับตัวที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูง และมีรายได้สูง จึงมีพฤติกรรมด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวท์เซล (Weitzel 1989: 99-104) สตีฟเบอร์เจน และเบคเกอร์ (Stuifbergen & Becker 1994 : 3-13) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลได้

**การจัดการกับความเครียด** จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการกับความเครียด ได้แก่จำนวนปีที่ศึกษา และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ( $r=.35, p<.001$  และ  $r=.23, p<.01$ ) ตามลำดับ แต่ตัวแปรที่พบว่ามีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุมีเพียงตัวเดียวได้แก่จำนวนปีที่ศึกษา โดยอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับความเครียดได้ร้อยละ 12.5 นั่นคือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง จะมีการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากการศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหา (Jalowiec & Powers 1981 : 10-15) นั่นคือเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นก็สามารถค้นหาสาเหตุของความเครียด ค้นหาวิธีการที่ดีและเหมาะสมเพื่อจัดการกับความเครียดนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker, et al. 1988 : 76-90) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้

ปัจจัยที่พบว่าไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้คือเพศ อายุ และสถานภาพสมรส นั่นคือเพศ อายุ และสถานภาพสมรส อาจไม่ได้เป็นตัวแปรที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุไม่ว่าเพศหญิงหรือชาย อายุมากหรือน้อย จึงมีความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จึงไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศและอายุในการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว โอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้จึงมีมากตามไปด้วย ดังเช่นการศึกษาของสปีค โควาท และเพลเลท ( Speak, Cowart & Pellet 1989 : 93-100 ) ที่พบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวไม่มีความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

**สรุป** ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ( Pender 1987 ) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้แก่ ปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ และปัจจัยเสริมซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ในส่วนของเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้พบว่า ปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ใน ส่วนของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้านได้ถึง 4 ด้าน ส่วนการรับรู้ ภาวะสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ 1 ด้าน ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้มากที่สุดได้แก่รายได้และจำนวนปีที่ศึกษา โดยรายได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านได้ 3 ด้าน และจำนวนปีที่ศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านได้ 2 ด้าน เมื่อพิจารณาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นเพียง 2 ใน 7 ตัวของปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเสริม สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมได้ร้อยละ 33.5 และรายด้านได้ร้อยละ 6.7 - 31.8 ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหลือจึงน่าจะอธิบายได้ด้วยปัจจัยอื่นที่ไม่ได้เลือกเข้ามาศึกษาในครั้งนี้

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์เท่านั้น ผลการวิจัยไม่สามารถอ้างอิงไปถึงผู้สูงอายุที่อื่นได้

2. การเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ จัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงจากตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อันเกิดจากการอธิบายข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ซึ่งบางรายต้องมีการยกตัวอย่างประกอบ จึงอาจมีผลต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่างได้

3. แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ในการศึกษานี้ แม้ว่าได้พยายามปรับตามแบบแผนชีวิตของคนไทยแล้ว เมื่อนำมาใช้จริงยังพบว่า มีพฤติกรรมบางอย่างที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโอกาสในการแสดงพฤติกรรมนั้น โดยเฉพาะทางด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งอาจทำให้คำตอบของข้อคำถามนั้นคลาดเคลื่อนได้ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้านนี้จึงต่ำ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจึงลดลง

4. การถามเรื่องรายได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีรายได้ที่ไม่แน่นอน และรายได้อาจได้มาจากหลายแหล่ง ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง อาจได้รับการสนับสนุนในลักษณะอื่นที่ไม่ได้เป็นตัวเงิน ดังนั้นความแตกต่างเรื่องรายได้ของผู้สูงอายุจึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ( Descriptive Research ) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งความสามารถของตัวแปรเหล่านี้ ในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ( Health Promotion Model ) ของเพนเดอร์ ( Pender 1987 ) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ความคิดและความจำปกติ สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี รวมทั้งยินดีและเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไป ( General self-efficacy scale ) ของเชอร์เรอร์และคณะ ( Sherer, et al. 1982 ) แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ ( Walker, Sechrist & Pender 1987 ) และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีเล็กน้อย (  $M=2.35$ ,  $SD=0.72$ ,  $Skewness=-.096$  ) การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (  $M=3.66$ ,  $SD=0.47$ ,  $Skewness=-.178$  ) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (  $M=2.76$ ,  $SD=0.37$ ,  $Skewness=.296$  ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทาน อาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (  $M=3.59$ ,  $SD=0.35$ ,  $Skewness=-.587$  ) รองลงมาได้แก่การจัดการกับความเครียด (  $M=3.16$ ,  $SD=0.51$ ,  $Skewness=-.285$  ) การบรรลุอุดมการณ์ของตน (  $M=3.08$ ,  $SD=0.51$ ,  $Skewness=.062$  ) และการสนับสนุนระหว่างบุคคล (  $M=2.94$ ,  $SD=0.49$ ,

Skewness=.212 ) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนค่อนข้างต่ำ ได้แก่การรับมือชอบต่อสุขภาพ (  $M=2.00$ ,  $SD=0.59$ ,  $Skewness = 1.166$  ) และการออกกำลังกาย (  $M=2.00$ ,  $SD=0.60$ ,  $Skewness=.424$  )

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย จำนวนปีที่ศึกษา กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการรับประทานอาหาร รายได้กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตน และการรับประทานอาหาร และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการรับมือชอบต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 33.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และจำนวนปีที่ศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมด้านการบรรลุอุดมการณ์ของตนได้ร้อยละ 31.8 รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมด้านการรับมือชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 28.8 รายได้อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายได้ร้อยละ 6.7 การรับรู้สมรรถนะของตนเองอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 6.9 การรับรู้สมรรถนะของตนเองและรายได้ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการสนับสนุนระหว่างบุคคลได้ร้อยละ 18.3 และจำนวนปีที่ศึกษาเพียงตัวเดียวสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดได้ร้อยละ 12.5

ผลการศึกษาที่ได้จึงสนับสนุนแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นบางส่วน

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับค่อนข้างสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลในคลินิกและพยาบาลในชุมชนจึงควรตระหนักถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้สูงอายุ และหาวิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการออกกำลังกาย

2. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพค่อนข้างต่ำ ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรหาวิธีการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากขึ้น โดยการกระทำพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การไปใช้บริการที่รัฐจัดให้ ได้แก่ คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อรับคำปรึกษาและตรวจสุขภาพร่างกาย รวมทั้งการเผยแพร่กระจายข่าวเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมการประชุมที่ทางสมาคมผู้สูงอายุจัดขึ้นทุกครั้ง

3. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุจากการมีเวลาจำกัด ที่พักอาศัยห่างไกลจากสถานที่ออกกำลังกาย รวมทั้งขาดผู้อำนวยความสะดวกในการรับ-ส่ง ดังนั้น การส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมการออกกำลังกาย เช่น การทำกายบริหาร หรือรำมวยจีน ตามวัดหรือชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายมากขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น บุตรหลาน หรือบุคคล ในครอบครัว ให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย

### ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาหาวิธีการในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

2. แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อาจมีข้อคำถามบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโอกาสในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นอาจต้องมีการยกสถานการณ์ให้เลือก และปรับวิธีการถามคำถามว่า ถ้ามีโอกาสในการแสดงพฤติกรรมนั้น จะปฏิบัติอย่างไร

3. ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ การถามเกี่ยวกับรายได้ที่เป็นตัวเงินเพียง  
อย่างเดียว อาจไม่สามารถบอกความแตกต่างของสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่ม  
ตัวอย่างได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีรายได้จำนวนไม่แน่นอน หรืออาจได้รับความช่วยเหลือ  
และสนับสนุนจากผู้อื่นที่ไม่ได้อยู่ในรูปของตัวเงิน ดังนั้นการนำปัจจัยด้านรายได้มาศึกษา  
จึงควรพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความเพียงพอของรายได้ เป็นต้น



## บรรณานุกรม

- จรรยา ศรีทอง, วรวิทย์ ทัดตากร, อองอาจ วิพุธศิริและคณะ. “การสำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในแฟลตดินแดง.” แพทยสภาสาร. 18 ( เมษายน 2532 ) : 213-215.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้อยู่ยืน. กรุงเทพฯ : ศุภานิชมการพิมพ์, 2532.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุม กับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- บรรลุ ศิริพานิช. “สุขภาพผู้สูงอายุ.” คลินิก. 6 ( มิถุนายน 2533 ) : 432-436.
- บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว และแข็งแรง 2531. กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์, 2532.
- พัชรี ต้นศิริ. “การเปลี่ยนแปลงทางจิต-สังคมในผู้สูงอายุ.” ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 82-103. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- มนตรี พิริยะกุล. เทคนิคการวิเคราะห์สมการถดถอย เล่ม 1, พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : รุ่งศิลป์การพิมพ์, 2527.
- \_\_\_\_\_ . เทคนิคการวิเคราะห์สมการถดถอย เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2528.
- มาลี ภัทรสุพรรณาคาร. การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาคหกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2536.
- มุทธิกา ตระกูลวงษ์. “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ประการเพื่อให้ทุกชีวิที่มีสุข.” วารสารสุขศึกษา. 12 ( มกราคม-มีนาคม 2532 ) : 53-56.

- ยวดี ภาษา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เลาหะจินดาและคณะ. วิจัยทางการแพทย์พยาบาล  
พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สยามศิลปการพิมพ์, 2534.
- วรรณิ์ จันทร์สว่าง. แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยพัฒนา  
มหาวิทยาลัยพายัพ, 2533.
- วิจิตร บุญยะโหดระ. วัยทอง เล่ม 2. กรุงเทพฯ : สยามบรรณการพิมพ์, 2535.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. “การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ.” ใน  
การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 60-81. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ,  
บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- วินัส ต้นติบูล. “โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ.” ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 401-436.  
จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- ศรีจิตรา บุญนาค. “การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ผลกระทบของสุขภาพต่อบทบาทของสูงอายุ  
ในการพัฒนาสังคม.” แพทยสภาสาร. 16 (กรกฎาคม 2530) : 351-359.
- \_\_\_\_\_. “ปัญหาสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.” แพทยสภาสาร.  
18 (เมษายน 2532) : 251-263.
- ศรีน้อย มาศเกษม, นฤมล สิ้นสุพรรณ และประพิมพ์พร สมณาแสง. “พฤติกรรมการสูบบุหรี่  
ของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน ศึกษา ณ หมู่บ้านตำบลยอดแดง อำเภอนามน  
จังหวัดกาฬสินธุ์.” วารสารสุขภาพศึกษา. 12 (กรกฎาคม-กันยายน 2532) : 27-47.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์,  
2536.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2536.
- สมโภชน์ เขี่ยมสุภาสิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- สุกัญญา เจริญศิริ. “การปรับตัวของผู้สูงอายุ.” วารสารสุขภาพศึกษา. 15 (เมษายน-มิถุนายน  
2535) : 44-52.
- สุนนท์ ไช้แก้ว. “การขจัดความแก่ด้วยการออกกำลังกาย.” พยาบาลสาร. 15 ( มกราคม-  
มีนาคม 2531 ) : 20-24.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, ลัดดาวัลย์ ยอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการ  
วิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2527.

สุดารัตน์ ขวัญเงิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

เสาวรส สรรพพาศย์พิสุทธิ. "จะทำอย่างไรเมื่อเข้าวัย 60." แพทยสภาสาร. 14 ( มิถุนายน 2528 ) : 257- 260.

อภา ใจงาม. "มโนคติในการพยาบาลผู้สูงอายุ." ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ. หน้า 104-127. จรัสวรรณ เทียนประกาศ และพัชรี ต้นศิริ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.

\_\_\_\_\_. "พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุ." วารสารพยาบาล. 39 ( เมษายน-มิถุนายน 2533 ) : 140-149.

อารมณ วุฒิพิฤกษ์, ขุติมา อัดถากรโกวิท, นกวัลย์ กัมพลาศิริ และคณะ. การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2529-2530, 2531.

อัมไพ ชนะกอก, ยุวรงค์ เขาวงกานนท์ และวันทนีย์ ชวพงษ์. "แบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จ.เชียงใหม่." พยาบาลสาร. 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2535) : 1-16.

Alexy, B.B. "Factors associated with participation or nonparticipation in a workplace wellness center." Research in Nursing and Health. 14 ( 1991 ) : 33-40.

Bandura, A. "Recycling misconceptions of perceived self-efficacy." Cognitive Therapy and research. 8 ( 1984 ) : 231-255.

\_\_\_\_\_. "Self-efficacy mechanism in human agency." American Psychology. 37 ( February 1982 ) : 122-147.

\_\_\_\_\_. "Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change." Psychological Review. 84 ( 1977 ) : 191-215.

Bandura, A., Adams, N.E. & Beyer, J. "Cognitive processes mediating behavioral change." Journal of Personality and Social Psychology. 35 ( March 1977 ) : 125-139.

- Brown, J.S. & McCreedy, M. "The hale elderly : Health behavior and its correlates." Research in Nursing and Health. 9 ( 1986 ) : 317-329.
- Burnside, I.M. Nursing and the Aged: A Self-care Approach. 3rd Ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1988.
- Cockerham, W.C., Sharp, K. & Wilcox, J.A. "Aging and perceived health status." Journal of Gerontology. 38 ( 1983 ) : 349-355.
- Decker, S.D. & Schultz, R. "Correlates of life-satisfaction and depression in middle-aged and elderly spinal cord-injured persons." The American Journal of Occupational Therapy. 39 ( November 1985 ) : 740-745.
- Duffy, M.E. "Determinants of health-promoting lifestyles in older persons." IMAGE : Journal of Nursing Scholarship. 25 ( Spring 1993 ) : 23-28.
- Edlin, G. & Golanty, E. Health and Wellness : A Holistic Approach. Boston : Science Books International, 1982.
- Eliopoulos, C. Gerontological Nursing. 2nd Ed. Philadelphia : J.B.Lippincott Company, 1987.
- Ferraro, K.F. "Self-ratings of health among the old and the old-old." Journal of Health and Social Behavior. 21 ( December 1980 ) : 377-383.
- Fillenbaum, G.G. " Screening the elderly a brief instrumental activities of daily living measure." Journal of The American Geriatrics Society. 33 ( October 1985 ) : 688-706.
- Ford, E.S. , Merritt, R.K., Heath, G.W., et al. "Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status population." American Journal of Epidemiology. 133( 1991 ) : 1246-1256.
- Foster, M.F. "Health promotion and life satisfaction in elderly black adults." Western Journal of Nursing Research. 14 ( August 1992 ) : 444-463.
- Gecas, V. "The social psychology of self-efficacy." Annual Review of Sociology. 15 ( 1989 ) : 291- 316.
- Gilbert, S.B. "Health promotion for older American." Health Values. 10 ( May/June 1986 ) : 38-46.
- Gillis, A.J. "Determinants of a health-promoting lifestyle : An integrative review." Journal of Advanced Nursing. 18 ( 1993 ) : 345-353.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., et al. "Self-efficacy and health behavior among older adults." Journal of Health and Social Behavior. 34 ( June 1993 ) : 89-104.

- Hanucharunkul, S. "Predictors of self-care in cancer patients receiving radiotherapy." Cancer Nursing. 12 ( February 1989 ) : 21-27.
- Hartweg, D.L. " Health promotion self-care within Orem's general theory of nursing." Journal of Advanced Nursing. 15 ( 1990 ) : 35-41.
- Hickey, M.L., Owen, S.V. & Froman, R.D. "Instrument development : Cardiac diet and exercise self-efficacy." Nursing Research. 41 ( November/December 1992 ) : 347-351.
- Hilbert, G.A. "Spouse support and myocardial infarction patient compliance." Nursing Research. 34 ( July/August 1985 ) : 217-220.
- Jalowiec, A. & Powers, M.J. "Stress and coping in hypertensive and emergency room patients." Nursing Research. 30 ( January/February 1981 ) : 10-15.
- Johnson, J.L., Ratner, P.A., Bottorff, J.L., et al. "An exploration of Pender's Health Promotion Model using LISREL." Nursing Research. 42 ( May/June 1993 ) : 132-138.
- Johnson, R.J. & Wolinsky, F.D. "The structure of health status among older adults : Disability, functional limitation, and perceived health." Journal of Health and Social Behavior. 34 ( June 1993 ) : 105-121.
- Kaplan, G.A., Seeman, T.E., Kohen, R.D., et al. "Mortality among the elderly in the Alameda Country Study : Behavioral and demographic risk factors." American Journal of Public Health. 77 ( March 1987 ) : 307-312.
- Kulbok, .P., Earls, F.J. & Montgomery, A.C. "Life style and patterns of health and social behavior in high-risk adolescents." Advances in Nursing Science. 11 ( October 1988 ) : 50-57.
- Kutner, N.G. & Kutner, M.H. "Race and sex as variables affecting reactions to disability." Archives of Physical Medical and Rehabilitation. 60 ( February 1979 ) : 62-66.
- Lauder, W. "Health promotion in the elderly." British Journal of Nursing. 2 ( 1993 ) : 401-403.
- Linn, B.S. & Linn, M.W. "Objective and self-assessed health in the old and very old." Social Science and Medicine. 14A ( 1980 ) : 311-315.

- Mc Dowell, I. & Newell, C. Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires.  
New York : Oxford University Press, 1987.
- Melanson, P.M. & Downe-Wamboldt, B. "Identification of older adults' perceptions of their health, feeling toward their future and factors affecting these feelings." Journal of Advanced Nursing. 12 ( 1987 ) : 29-34.
- Miller, M.P. "Factors promoting wellness in the aged persons : An ethnographic study." Advances in Nursing Science. 13 ( 1991 ) : 38-51.
- Moore, E.J. "Using self-efficacy in teaching self-care to the elderly." Holistic Nursing Practice. 4 ( 1990 ) : 22-29.
- Mossey, J.M. & Shapiro, E. "Self-rated health : A predictor of mortality among the elderly." American Journal of Public Health. 72 ( August 1982 ) : 800-808.
- Muhlenkamp, A.F. & Broerman, N.A. "Health beliefs, health value, and positive health behaviors." Western Journal of Nursing Research. 10 ( October 1988 ) : 637-646.
- Muhlenkamp, A.F., Brown, N.J. & Sands, D. "Determinants of health promotion activities in nursing clinic clients." Nursing Research. 34 ( November/December 1985 ) : 327-332.
- Muhlenkamp, A.F. & Sayles, J.A. "Self-esteem, social support, and positive health practices." Nursing Research. 35 ( November/December 1986 ) : 334-338.
- Neimi, M.L., et al. "Quality of life 4 years after stroke." Stroke. 19 ( September 1988 ) : 1101-1107.
- Nicholas, P.K. "Hardiness, self-care practice and perceived health status in older adults." Journal of Advanced Nursing. 18 ( 1993 ) : 1085-1094.
- O'Leary, A. "Self-efficacy and health." Psychological Report. 23 ( 1985 ) : 437-451.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. New York : McGraw-Hill Book Co., 1985.
- . Nursing : Concepts of Practice. 4th Ed. St. Louis : Mosby Year Book, 1991.
- Palank, C.L. "Determinants of health-promotive behavior." Nursing Clinics of North America. 26 ( December 1991 ) : 815-832.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norewalk : Appleton-Century Crofts, 982.

- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd Ed. U.S.A. : Appleton & Lange, 1987.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., et al. "Predicting health-promoting lifestyles in the workplace." Nursing Research. 39 ( November/December 1990 ) : 326-332.
- Rodin, J. "Aging and health : Effects of the sense of control." Science. 19 ( September 1986 ) : 1271-1276.
- Sherer, M. and Adams, C.H. "Construct validity of the self-efficacy scale." Psychological Report. 53 ( 1983 ) : 889-902.
- Sherer, M., Maddox, J.E., Mercandnte, B., et al. "The self-efficacy scale : Construction and validity." Psychological Report. 51 ( 1982 ) : 633-671.
- Speake, D.L. "Health promotion activity in the well elderly." Health Value. 11 ( November/December 1987 ) : 25-30.
- Speake, D.L., Cowart, M.E. & Pellet, K. "Health perceptions and lifestyles of the elderly." Research in Nursing and Health. 12 ( 1989 ) : 93-100.
- Strecher, V.J., DeVellis, B.M., Becker, M.H., et al. "The role of self- efficacy in achieving health behavior change." Health Education Quarterly. 13 ( Spring 1986 ) : 73-92.
- Stuifbergen, A.K. & Becker, H.A. "Predictors of health-promoting lifestyles in persons with disabilities." Research in Nursing and Health. 17 ( 1994 ) : 3-13.
- Utz, S.W. "Motivating self-care : A nursing approach." Holistic Nursing Practice. 4 ( 1990 ) : 3-21.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. "The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics." Nursing Research. 36 ( March/April 1987 ) : 76-81.
- Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R., et al. "Health-promoting life styles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns." Advances in Nursing Science. 11 ( 1988 ) : 76-90.
- Webster, J.A. "The wellness model : Feeling good about you." AORN. 41 ( April 1985 ) : 713-718.
- Weitzel, M.H. "A test of the health promotion model with blue collar workers." Nursing Research. 38 ( March/April 1989 ) : 99-104.

Yoder, L.E., Jones, S.L. & Jones, P.K. "The Association between health care behavior and attitudes." Health Values. 9 ( July/ August 1985 ) : 24-31.





## ภาคผนวก ก

## ใบพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิโดยการแนะนำตัว และชี้แจง  
ก่อนการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ สวัสดิ์ค่ะ ดิฉัน วันดี แยมจันทร์ฉาย เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิต  
ของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น จะขออนุญาตคุณ.....ให้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยใช้  
เวลาประมาณ 30-60 นาที คุณ.....มีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์  
ครั้งนี้ได้นะคะ”

“ในระหว่างสัมภาษณ์ หากคุณ.....ไม่พอใจ หรือไม่ต้องการที่จะให้  
สัมภาษณ์ต่อจนครบ คุณ.....สามารถยกเลิกการสัมภาษณ์ได้โดยจะไม่มีผลต่อบริการ  
ต่างๆที่คุณจะได้รับ และคำตอบของคุณ.....ดิฉันจะถือว่าเป็นความลับ โดยจะแสดง  
ให้ผู้อื่นทราบเป็นผลรวมของการวิจัยเท่านั้น”

ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ

วันดี แยมจันทร์ฉาย

## ภาคผนวก ข

## ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ และเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

## 1. เพศ

( ) 1. ชาย

( ) 2. หญิง

## 2. ท่านอายุเท่าไร.....ปี

## 3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด

( ) 2. คู่

( ) 3. หม้าย หย่า แยก

## 9. ตามปกติท่านอยู่กับใครในครอบครัว

( ) 1. อยู่คนเดียว

( ) 2. อยู่กับคู่สมรส

( ) 3. อยู่กับบุตรหลาน

( ) 4. อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน

( ) 5. อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก

( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....

## ภาคผนวก ค

## ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย ค่อนข้างมาก	เห็นด้วย ปานกลาง	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. เมื่อท่านวางแผนจะทำอะไร ท่านมั่นใจว่าจะสามารถ ทำได้ตามนั้น					
2. ท่านไม่สามารถจะลงมือ ทำงานได้เมื่อถึงเวลาที่ ควรจะทำ					
3. ถ้าทำงานอย่างหนึ่งไม่ได้ใน ครั้งแรก ท่านจะพยายาม ต่อไปจนทำได้สำเร็จ					
.					
.					
.					
.					
.					
15. ท่านเป็นคนเชื่อมั่นใน ตนเอง					
16. ท่านมักจะล้มเลิก การกระทำสิ่งใดๆได้โดยง่าย					
17. ท่านไม่ค่อยมีความสามารถ ในการแก้ปัญหาต่างๆ ใน ชีวิตได้					

## ภาคผนวก ง

## ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคย ทำเลย	ทำนานๆ ครั้ง	ทำบ่อย	ทำเป็นประจำ
1. รู้สึกชอบตนเอง				
14. รายงานอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ แก่แพทย์				
24. ออกกำลังกายแบบเหยียดแขนขา และลำตัวอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์				
29. รับประทานอาหารเข้า				
35. พุดคุยปัญหาส่วนตัวและสิ่งที่กังวล ห่วงใยกับบุคคลใกล้ชิด				
42. มีเวลาสำหรับผ่อนคลายในแต่ละวัน				
48. มีวิธีที่เหมาะสมในการแสดงความรู้สึก				

## ภาคผนวก จ

## แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

1. ปัจจุบัน ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร

1. ไม่ดี

2. พอใช้

3. ดี

4. ดีมาก



**ภาคผนวก จ**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

1. ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิลลา ตันตโยทัย  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

1. ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์พรทิพย์ มาลาธรรม  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล