



รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF PROCESS OF CHANGE
AND HEALTH PROMOTION BEHAVIOR AMONG ELDERLY
AT RISKS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

นวรัตน์ สุทธิพงศ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2563

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF PROCESS OF CHANGE
AND HEALTH PROMOTION BEHAVIOR AMONG ELDERLY
AT RISKS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Applied Behavioral Sc.Research)
BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH INSTITUTE, Srinakharinwirot University
2020
Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด
ของ

นวรรตน์ สุทธิพงศ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก	 ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวัฒน์ กิตติพิชัย)
..... ที่ปรึกษาร่วม	 กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พิงโพธิ์สม)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พลเทพ พูนพล)

ชื่อเรื่อง	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด
ผู้วิจัย	นวรัตน์ สุทธิพงศ์
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2563
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริสรา พึ่งโพธิ์สก

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเที่ยงตรงและเชื่อมั่น 2) ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) เปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง และ 4) ค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดการวิจัยมีขั้นตอนวิธีแบบมีลำดับ ประกอบด้วย 1) การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 690 คน แบบสอบถาม 7 ตอน วิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL และ 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 12 คน ทำการสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีคุณภาพเชื่อถือได้ มีค่าความเชื่อมั่น 0.932 2) แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 461.39$, $df = 189$, Relative $\chi^2 = 2.44$, RMSEA = 0.046, SRMR = 0.040, CFI = 0.99, GFI = 0.94, AGFI = 0.92) 3) เปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีค่าเส้นสัมพันธ์อิทธิพลเชิงสาเหตุแตกต่างกันอยู่ 3 เส้นคือ ค่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความไว้วางใจและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลทางความคิดส่งผลต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงจากการทดสอบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่าง และ 4) ค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด มี 3 แนวทาง ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาเป็นแนวทางและนำไปพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพเชิงรุกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด

คำสำคัญ : รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ, กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคหัวใจขาดเลือด

Title	CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF PROCESS OF CHANGE AND HEALTH PROMOTION BEHAVIOR AMONG ELDERLY AT RISKS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE
Author	NAWARAT SUTHIPONG
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2020
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Ungsinun Intarakamhang
Co Advisor	Assistant Professor Dr. Narisara Peungposop

This aims of this research are: (1) to develop a high quality, accurate and reliable measurement model for health promotion behavior among the elderly; (2) to empirically validate the causal relationship model process of change and health promotion behavior among the elderly; (3) to compare the structural causal relationships of the process of change and health promotion behavior among elderly people at risk of ischemic heart disease, both male and female; and (4) to search for guidelines to promote health and well-being among the elderly in urban communities to prevent ischemic heart disease. The explanatory sequential design included: (1) quantitative research with a sample group of 690 people, seven questionnaires and an analysis of the statistical data with the LISREL program; and (2) qualitative research with 12 participants, interviews and content analysis. The results of this study were: (1) the health promotion behavior patterns of the elderly were of reliable quality and had confidence values of 0.932; (2) the structural model of causal relationships of the process of change and health promotion behavior among the elderly, with empirical data (chi-square = 461.39, df = 189, Relative chi-square = 2.44, RMSEA = 0.046, SRMR = 0.040, CFI = 0.99, GFI = 0.94, AGFI = 0.92); (3) the results of the model comparison between both groups revealed three differences in the coefficient effect of the causal or outcome variables: the social support effect between trust in health promotion behavior and cognition influencing the process of change and test the invariant latent mean of both groups, with no differences; and (4) three guidelines to promote the health of the elderly in urban communities to prevent ischemic heart disease: (1) promoting self-care behavior; (2) promoting health learning; and (3) social support. The data acquired from this study will be useful for developing guidelines and the health care system for elderly people in urban communities with chronic diseases to prevent ischemic heart disease.

Keyword : Causal relationship model, Process of change, Health promotion behavior, Elderly people, Ischemic heart disease

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์หลัก และ ผศ.ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สม อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ร่วม ที่ให้ความกรุณากับผู้วิจัยเป็นอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และชี้แนะแนวทางในทุกกระบวนการของการทำวิจัย ทำให้ผู้วิจัยสามารถแก้ไขปรับปรุงปริญญาานิพนธ์จนสำเร็จอย่างสมบูรณ์ครบถ้วนมากขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำ ปรึกษาด้านวิชาการที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนปริญญาานิพนธ์เล่มนี้เสร็จและมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยมี ผศ.ดร.วิริณธ์ กิตติพิชัย ประธานคณะกรรมการสอบปากเปล่า รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ผศ.ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สม และ ผศ.ดร.พลเทพ พูนพล

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาและตรวจเครื่องมือ ผศ.ดร.วิริณธ์ กิตติพิชัย ผศ.ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง ผศ.ดร.อมราพร สุรการ ผศ.ดร.ฐาศุภกร จันประเสริฐ ผศ.ดร.พวงผกา กรีทอง และแพทย์หญิงพรวลี ปราบัษขาม ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณนายกเทศมนตรีนครนนทบุรีและนครปากเกร็ด ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก ที่อนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัย และเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนของเขตนครนนทบุรีและนครปากเกร็ด ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความสำคัญและให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยในการให้ข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์และสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้การอบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาโดยตลอด และเพื่อนร่วมรุ่นปริญญาเอก (เน้นวิจัย รุ่น 10) ที่เป็นกัลยาณมิตรทุกท่านของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ รวมถึงขอบคุณเจ้าหน้าที่บุคลากรของสถาบันทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือประสานงานในทุกขั้นตอนของการวิจัย

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่จิว พี่จี้ พี่เล็ก ที่ให้การสนับสนุนให้ทุนในการศึกษาและทำปริญญาานิพนธ์ และกำลังใจจากครอบครัวของผู้วิจัย

นวรรตน์ สุทธิพงศ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
ส่วนที่ 1 สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือด	13
ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	30
2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	30
2.2 อิทธิพลทางความคิดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	45
2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจ	52
2.4 การสนับสนุนทางสังคม	56
ส่วนที่ 3 กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	65
3.1 กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	65

ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดและแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย	73
4.1 กรอบแนวคิด	73
4.2 นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	76
4.3 แบบจำลองสมมติฐานการวิจัย	82
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	84
ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ	84
แบบแผนการวิจัย	84
พื้นที่ศึกษา.....	85
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	85
การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	87
การเก็บรวบรวมข้อมูล	104
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย.....	105
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	105
การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล	105
ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ.....	110
แบบแผนการวิจัย	110
สนามวิจัย.....	111
ผู้ให้ข้อมูลหลัก	111
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	111
การเก็บรวบรวมข้อมูล	113
การวิเคราะห์ข้อมูล	116
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	117
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	118

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง	121
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	124
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	138
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน	143
ตอนที่ 5 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาด เลือด	173
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	191
สรุปผลการวิจัย.....	191
ผลการวิจัยระยะที่ 1 เชิงปริมาณ	191
ผลการวิจัยระยะที่ 2 เชิงคุณภาพ.....	200
อภิปรายผลการวิจัย	205
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	217
ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ	217
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	217
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป.....	218
บรรณานุกรม	220
ภาคผนวก.....	235
ประวัติผู้เขียน.....	292

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	38
ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี	87
ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	91
ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง .	94
ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดอิทธิพลทางความคิด	98
ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ....	101
ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดการสนับสนุนทางสังคม	103
ตาราง 8 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง	121
ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าความเบ้ (Sk) ค่าความโด่ง (Ku) และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในกลุ่มรวม (n=690)	125
ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าความเบ้ (Sk) ค่าความโด่ง (Ku) และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย (n=345)	126
ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าความเบ้ (Sk) ค่าความโด่ง (Ku) และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง (n=345)	128
ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มรวม (n=690)...	130
ตาราง 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย (n=345)	133

ตาราง 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง (n=345)	136
ตาราง 15 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading:) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-values) ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (CR) และความเที่ยงตรงเชิงกลุ่ม (AVE) ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1	140
ตาราง 16 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (Factor Loading: λ) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-values) และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์องค์ประกอบรายด้าน	142
ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร.....	147
ตาราง 18 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	151
ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายกับกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง.....	154
ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร กลุ่มเพศชาย (n=345) โดยกำหนดให้รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่มีกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลในแบบจำลองเท่ากันระหว่างกลุ่ม	165
ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร กลุ่มเพศหญิง (n=345) โดยกำหนดให้รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่มีกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลในแบบจำลองเท่ากันระหว่างกลุ่ม	169
ตาราง 22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง	172
ตาราง 23 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน	174

ตาราง 24 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มบุคลากรที่มีสุขภาพ จำนวน 6 คน 175



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 เครือข่ายขับเคลื่อนประเด็นผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลนครนนทบุรี	28
ภาพประกอบ 2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health promotion model revised)	35
ภาพประกอบ 3 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลทางความคิดและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ.....	51
ภาพประกอบ 4 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลทางความคิด ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	56
ภาพประกอบ 5 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลทางความคิด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2.5 เท่ากับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด	63
ภาพประกอบ 6 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	73
ภาพประกอบ 7 กรอบแนวคิดการวิจัย	75
ภาพประกอบ 8 แบบจำลองเชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด	82
ภาพประกอบ 9 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด	146
ภาพประกอบ 10 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ เพศชาย และเพศหญิง	162
ภาพประกอบ 11 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย	164
ภาพประกอบ 12 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง	168

ภาพประกอบ 13 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด.....	189
--	-----



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนทั่วโลกเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตตลอด 15 ปีที่ผ่านมาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2000 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 7.03 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2016 มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 9.43 ล้านคน (WHO, 2018) ในสหราชอาณาจักรพบสถิติผู้เสียชีวิตในปี ค.ศ. 2018 จำนวน 74,000 คน (Kingston, 2018) และในสหรัฐอเมริกาพบสถิติผู้เสียชีวิตในปี ค.ศ. 2018 จำนวน 836,546 คน (AHA, 2018) สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 4 รองจากโรคมะเร็ง หลอดเลือดสมอง และปอดอักเสบ ซึ่งอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557-2561 มีอัตราการเสียชีวิต 27.8, 29.9, 32.3, 31.2 และ 39.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2561, น. 79)

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 ภายในระยะ 5 ปี เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดลดลงให้ได้ร้อยละ 10 โดยมีการลดลงเป็นลำดับแต่ละปีให้มีอัตราตาย 28.0, 27.0, 26.0, 25.0 และ 24.0 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2556-2560 พบว่า ในกรุงเทพมหานครมีการเสียชีวิตมากที่สุด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.0 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 46.4 ในปี พ.ศ. 2560 รองลงมาในภาคกลางมีการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.1 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 38.4 ในปี พ.ศ. 2560 และยังพบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวน 12,570, 12,996, 13,960, 15,227 และ 14,815 คน ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มอายุ 15-59 ปีหรือกลุ่มวัยทำงานที่มีจำนวน 4807, 5083, 5457, 5773 และ 5,921 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่ากลุ่มวัยทำงาน และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามีสถิติการป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดทั่วประเทศจำนวน 274,753, 279,109 และ 325,873 คน และยังพบว่าในกรุงเทพมหานคร และภาคกลางมีอัตราการป่วยและมีจำนวนเป็นโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557, 2558, 2559) ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายคือลดการเจ็บป่วย

จึงได้มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สู่ความเป็นเลิศใน ระยะ 20 ปี ประชาชนไทยจะต้องมีอายุคาดเฉลี่ย 85 ปีและมีสุขภาพแข็งแรงถึงอายุ 75 ปีและ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมากกว่า 88 เปอร์เซ็นต์ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย, 2560) และจากสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16 หรือ 11 ล้านคน และมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 10.0 หรือ 7 ล้านคน และสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564 จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ประชากรมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2574 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดประชากรมีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 28 (มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559; สุภาดา คำสุชาติ, 2560) จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายอ่อนแอ และมีโรค ประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) จะมีอาการเจ็บป่วย บ่อยครั้งขึ้น อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมสภาพ และอาจมีอาการทุพพลภาพและต้องเผชิญความ เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่ม ผู้สูงอายุจึงควรเริ่มต้นตั้งแต่ในผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ภูมิปัญญาสามารถทำงานสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม และยังช่วยเหลือตนเองได้

ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดีช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ให้กับกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุอื่น ๆ เพื่อการป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาด เลือด ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคและ ควบคุมปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอและต้องลด ปัจจัยเสี่ยงด้วยการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น มีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การรับประทานอาหาร ควบคุมน้ำหนักตัว ไม่สูบบุหรี่ และมีการควบคุมระดับ ความดันโลหิต ระดับไขมัน และน้ำตาลในกระแสเลือด (AHA, 2018) ซึ่งมีความสำคัญมากกว่า การรักษาเนื่องจากในปัจจุบันการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงไป คือ ทำงาน หนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ เผชิญกับความเครียดสูงรับประทานอาหารอย่างเร่งรีบและมีโภชนาการ ไม่ถูกต้อง ประกอบกับการออกกำลังกายน้อย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้อัตราการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น

และบางครั้งอาจจะเลยอาการผิดปกติที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดที่รุนแรงตามที่สถาบัน INTERHEART ได้สรุปปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจ มี 9 ปัจจัย คือ ต้มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดสูง ไม่ออกกำลังกายไม่บริโภคผักและผลไม้ อ้วน มีความเครียด และความผิดปกติทางจิตสังคม และถ้ามีปัจจัยเสี่ยงครบทั้ง 9 ปัจจัย จะทำให้มีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ (Yusuf et al., 2004)

จากการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2553, น. 18-19) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท เนื่องจากมีสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตมากกว่าจึงขาดความละเอียดดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ประกอบกับมีความสะดวกสบายในการรับบริการการรักษาทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการขอรับสวัสดิการภาครัฐต่าง ๆ และมีนักวิชาการได้ศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และเขตชนบทของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีสุขภาพะทางกาย สังคม และจิตวิญญาณสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทแต่มีสุขภาพะทางจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และ ยุวดี รอดจากภัย, 2661) และจากการศึกษาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุ ไทยส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางได้รับการตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 58.3) รับประทานผักและผลไม้สด ต้มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าและมีการออกกำลังกายเป็นประจำ (ร้อยละ 59.6, 52.0 และ 38.9 ตามลำดับ) (พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงผึ่ง, 2559) ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุจะมีปัญหาภาวะสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมสภาพของร่างกายโดยพบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม²) ภาวะอ้วนลงพุง และมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (ร้อยละ 53.2, 18.1, 35.4, 49.4 และ 46.8 ตามลำดับ) (กรมการแพทย์, 2558) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การคงไว้ของสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพ เพื่อลดเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดได้ง่ายตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยตรงของทั้งกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้มีการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันโดยมีนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender ในผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านโภชนาการ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

(เสาวรัตน์ ฉิมสร, 2558; กิตติมาพร โลกาวิทย์, 2556; ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, & จวีวรรณ โพธิ์ศรี, 2554; ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคนอื่น ๆ, 2561; ยุภา โฟผา และคนอื่น ๆ, 2560; ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, พิไลพร สุขเจริญ, & สมจิตร พะยอมยงค์, 2560; ศศิภาณุจน์ สกุลปัญญวัฒน์, 2557)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) และโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente (1983) มาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงอายุมีทั้งปัจจัยด้านอิทธิพลทางความคิด ได้แก่ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น จากการศึกษาของ ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) และสายทอง ภูแมนเทียน (2556) พบว่าด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในการศึกษาของปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) พบว่าด้านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในขณะที่ทิพย์กมล อิสลาม (2557) พบว่าด้านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Giena, Thongpat, & Nitirat, 2018) และในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, และ ชนกพร จิตปัญญา, 2553; ทิพย์กมล อิสลาม, 2557; ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต, 2556; สายทอง ภูแมนเทียน, 2556; Umakorn, Nantawon, Panudda, & Kanokporn, 2012) และร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557; Giena et al., 2018; Lim, Sung, & Joo, 2010; Wu et al., 2016; Umakorn et al., 2012)

นอกจากกรอบแนวคิดของ Pender แล้วยังมีตัวแปรที่เพิ่มเติม ที่ผู้วิจัยสนใจเกี่ยวกับความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และด้านการสนับสนุนทางสังคม เช่น จากการศึกษาของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) พบว่า ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน และประภัสสร พิมพาสาร, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, และ นารินทร์ จิตรมนตรี (2561) พบว่าความไว้วางใจในทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านการสนับสนุนจากชุมชน และด้านการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ได้มี

การศึกษาดังนี้ คือ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, และ เยาวลักษณ์ ยิ้มเนียน, 2559) และมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ (สดไธ ศรีสอาด และศิริภา คงศรี, 2560) ส่วนด้านการสนับสนุนจากชุมชนพบว่าการสนับสนุนจากชมรมผู้สูงอายุการมีกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน และมีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (กฤษดา พรหมสุวรรณ, 2560 และ ชนะ สมัครการ, 2559) และการเป็นสมาชิกชมรมร่วมทำน่ายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2559) และด้านการสนับสนุนจากทีมสุขภาพพบว่าการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและได้รับการอบรมการส่งเสริมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคนอื่น ๆ, 2561) และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพได้สะดวกร่วมทำน่ายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เนตรดาว จิตโสภาคกุล, 2557) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำน่ายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ (สดไธ ศรีสอาด และศิริภา คงศรี, 2560; Young Mi Lim et al., 2010)

นอกจากนี้ได้ประยุกต์โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente (1983) โดยใช้กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 10 กระบวนการ คือ 1) การเพิ่มความตระหนักรู้ด้วยตนเอง 2) การแสดงออกปลดปล่อยอารมณ์ 3) การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม 4) การไตร่ตรองตนเอง 5) การปลดปล่อยทางสังคม 6) การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม 7) สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล 8) การให้การเสริมแรงตนเอง 9) ความอิสระในตนเอง และ 10) การควบคุมสิ่งเร้า (ปิยะพล ทองอาจ, 2560; อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ใช้เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลโดยตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มีนักวิชาการนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายประเภท เช่น พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก เป็นต้น เช่น Wongsang (2012) พบว่ากระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่และมีอิทธิพลทางตรงต่อการเลิกบุหรี่ และ กรฎา มาตยากร (2559) บุญฤทธิ์ สัตกุล, ดุรงค์กร พลหม, ทัดดา ศรีบุญเรือง, และ สุวรรณ ภัทรเบญจพล (2560) อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2558) และ Romaina และ Abdel-Baki (2017) พบว่ากระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยพบช่องว่างความรู้เกี่ยวกับการวิจัย 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นแรก ในเรื่องกลุ่มตัวอย่าง ประเด็นที่ 2 ในเรื่ององค์ความรู้ในด้านแนวคิดทฤษฎี และประเด็นที่ 3 การออกแบบการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นแรก ในเรื่องกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ที่ไม่ได้เจาะจงว่าป่วยหรือไม่ป่วย (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคนอื่น ๆ, 2561; กฤษดา พรหมสุวรรณ, 2560; นิทรา กิจธีระวุฒิมิวงษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2559) และยังมีส่วนน้อย ที่ศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด (Giena et al., 2018; ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตน์ศิริ ทาโต, 2556) และยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปเปรียบเทียบระหว่างเพศชาย กับเพศหญิง (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561; สุชาติ ใจซื่อ, 2560; ภรปภา จันทรศรีทอง, 2559) ผู้วิจัย ได้พิจารณาเห็นว่ายังไม่ครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวและศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้สูงอายุเพศชายกับเพศหญิง

ประเด็นที่ 2 ในเรื่ององค์ความรู้พบว่านักวิชาการได้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาศึกษาความสัมพันธ์ ปัจจัยทำนาย เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ และอิทธิพลทาง ความคิดที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้เจาะจงว่าป่วยหรือไม่ป่วย (นิรันดร์ เจริญบัณฑิตย์, 2559; สุชาติ ใจซื่อ, 2560) และในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Giena et al., 2018; ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตน์ศิริ ทาโต, 2556) และมีนักวิชาการได้นำโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska & DiClemente (1983) ศึกษาความสัมพันธ์ของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการเลิก สูบบุหรี่ในวัยทำงาน (Wongsaeng, 2012) และพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยรุ่น (กรฎา มาตยากร, 2559; อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, 2559; Farmanbar et al., 2014) ผู้วิจัยได้พิจารณาเห็นแล้วว่าเป็นการศึกษาในแนวคิดเดียว ซึ่งยังไม่ครอบคลุมในการ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดดังนั้นผู้วิจัยได้สนใจเพิ่มเติม ในตัวแปรทางจิตในด้านความไว้วางใจในทีมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ประภัศสร พิมพาสาร, 2561) และตัวแปรทางสังคมในด้านการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (มนทิญา กงลา และ จรวัย กงลา, 2558) เพื่อจะนำไปศึกษาต่อยอดในรูปแบบความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่ม ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

และประเด็นที่ 3 การออกแบบการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยที่มุ่งประเด็นเดียว เช่น การ วิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561; สุชาติ ใจซื่อ, 2560; สายทอง ภูแมนเขียน, 2556) ส่วนการวิจัยกึ่งทดลองที่มุ่งศึกษาผล ของการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Sevinc, 2018;

สิริขยา อังกรขจร, 2556) และมีส่วนน้อยที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อค้นพบหรือปรากฏการณ์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหัวใจ (Heravi-Karimooi, Rejeh, & Abbasi, 2017; อัญฉรา นุชตะโร, 2554) ทำให้ขาดองค์ความรู้เชิงลึกที่จะนำมาต่อยอด ดังนั้นผู้วิจัยจะนำไปศึกษาต่อยอดมุมมองเชิงลึกในรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Explanatory Sequential Design) ตามแนวคิดของ Creswel (2015)

จากผลงานวิจัยที่กล่าวไปนั้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลทางความคิด ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงและผลจากการศึกษาที่ได้รับจากการวิจัยเชิงปริมาณ ที่พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะถูกนำไปศึกษาต่อยอดมุมมองเชิงลึกในการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดควบคู่กับมุมมองเพิ่มเติมอื่นที่ได้รับจากการสัมภาษณ์บุคลากรที่มีสุขภาพจนเกิดการสังเคราะห์ที่นำไปสู่ข้อสรุปของการสร้างและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดที่มีคุณภาพเที่ยงตรงและเชื่อมั่น
2. เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด
3. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง
4. ค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์ และเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง แล้วนำไปอธิบายตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะก่อให้เกิดคุณค่าทั้งทางด้านองค์ความรู้และด้านการนำไปใช้ดังต่อไปนี้

1. ด้านองค์ความรู้ จากผลการวิจัยได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดที่มีเพศต่างกัน เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ

2. ด้านการนำไปใช้ จากผลการวิจัย กลุ่มผู้สูงอายุนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพป้องกันความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดที่มสุขภาพนำไปพัฒนาเป็นคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้สำหรับบุคลากรที่มสุขภาพ ชุมชนนำไปเป็นแนวทางในการค้นหาและคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและกระทรวงสาธารณสุขนำไปเป็นนโยบายในการค้นหาเฝ้าระวังและพัฒนาระบบช่องทางเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

3. ด้านการนำไปใช้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในชุมชนสามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการให้บริการ ดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดโดยมุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชนในทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นรูปธรรมและมีความเสมอภาค ตามนโยบายการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศของกระทรวงสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) รูปแบบ Explanatory Sequential Design ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้ระยะที่ 1 พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง และระยะที่ 2

ค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด มีสาระสังเขปดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

ดำเนินการวิจัยโดยวิธีเชิงปริมาณ ร่วมกับการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานของการวางแผน การกำหนดนิยามตัวแปร การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปร การกำหนดสมมติฐานและทดสอบสมมติฐานการวิจัย เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

กลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่อาศัยในเขตเมืองเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่อาศัยในเขตเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด จำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 345 คน และกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 345 คน รวมทั้งหมด 690 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

การกำหนดตัวแปรที่ศึกษาในระยะที่ 1 จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

1. ตัวแปรแฝงภายนอก ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มตัวแปรด้านอิทธิพลทางความคิด วัดจากการรับรู้ประโยชน์ในการกระทำ การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1.2 กลุ่มตัวแปรทางจิต วัดจากความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

1.3 กลุ่มตัวแปรทางสังคม วัดจากการสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชนและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

2. ตัวแปรแฝงภายใน ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

2.2 ตัวแปรผล ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ตัวแปรจัดประเภท ได้แก่ เพศ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิง

ระยะที่ 2 ค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพออกเป็น 2 กลุ่มหลักคือบุคลากรทีมสุขภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง โดยการสัมภาษณ์ในกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ จำนวน 6 คน และการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 3 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยระยะที่ 1 และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 3 คน รวมเป็นจำนวน 6 คนโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือกมาเพื่อค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดแล้วจัดทำเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดสำหรับประชาชนผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุวัยต้นมีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลางมีช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้สูงอายุวัยปลายมีช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยได้ศึกษาในผู้สูงอายุวัยต้นมีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ภาวะหัวใจขาดเลือด หมายถึง กลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือด จะมีอาการที่สำคัญคือเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือมีอาการเจ็บขณะพัก (Rest angina) กว่า 20 นาที หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นใหม่ หรือมีอาการที่รุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกเป็น 2 ชนิด (สุรพันธ์สิทธิสุข, 2557) มีดังนี้

1. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST elevation acute coronary syndrome) หมายถึงบุคคลที่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 ลีดที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิดการอุดตันการนำไฟฟ้าผ่านแขนงด้านซ้าย (left bundle branch block) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาโดยการเปิด

เส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันสั้นและรวดเร็ว จะทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและทำให้เสียชีวิตทันที

2. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation (Non ST elevation acute coronary syndrome) หมายถึง มีความผิดปกติของคลื่น ไฟฟ้าหัวใจ มีลักษณะ ST segment depression และหรือ T wave inversion ร่วมด้วย ถ้ามีอาการมากกว่า 30 นาที อาจจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI หรือถ้ามีอาการไม่รุนแรง อาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina)

ปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจ หมายถึง สาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ ได้แก่ คีมี แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดสูง ไม่ออกกำลังกาย ไม่บริโภคผักและผลไม้ อ้วน มีความเครียด และความผิดปกติทางจิตสังคม และถ้ามีปัจจัยเสี่ยงครบทั้ง 9 ปัจจัย จะทำให้มีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ (Yusuf et al., 2004)

การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ หมายถึง การปฏิบัติตัวลดความเสี่ยง ตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และ 2 ส. (ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา) มีดังนี้

1. อาหาร จะต้องลดอาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง อาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำตาลสูง และเพิ่มผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด

2. ออกกำลังกาย จะต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน เวลาวาง และการทำงาน และควบคุมให้น้ำหนักตัวที่เหมาะสม (ดัชนีมวลกาย ไม่เกิน 25 กก./ม², รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง)

3. อารมณ์ เมื่อรู้สึกเครียดจะต้องหาวิธีการบรรเทาความเครียด ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน สร้างอารมณ์ขันให้กับตนเอง และมีความคิดเชิงบวกเช่น นอนหลับพักผ่อน การทำสมาธิ ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เดินแอโรบิค ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ แต่งกลอน ทำงานศิลปะ ปลูกต้นไม้ และพูดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง เป็นต้น

4. ไม่สูบบุหรี่ จะต้องตั้งเป้าและมีความตั้งใจจริงที่จะเลิกบุหรี่ ตั้งสติให้มั่น เข้มแข็ง เมื่อมีอาการหงุดหงิด ตัดความเคยชินหรือกิจกรรมว่างที่มักจะทำรวมกับการสูบบุหรี่ เลือกรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ให้มากกว่าเดิม และหันมาออกกำลังกาย สร้างความสุขให้กับตัวเอง ทดแทน “ความสุขที่คุณสูบได้” หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง หรือให้รางวัลตนเอง เมื่อสามารถทำได้ และเตือนตนเองอยู่เสมอว่า “คุณไม่สูบบุหรี่แล้ว”

5. ลดการดื่มสุรา จะต้องลดปริมาณการดื่มที่ละน้อย โดยตั้งเป้าลดการดื่มลงให้น้อยลง หลีกเลียงจากสถานที่ที่เคยดื่ม และเพื่อน ๆ ที่ร่วมดื่ม หยุดความคิดที่จะดื่มเพื่อเข้าสังคม และหันมาทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพโดยออกกำลังใจ สร้างความสุขให้กับตัวเอง ทดแทน “ความสุขที่คุณดื่มได้” หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง



บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนและรวบรวมเอกสาร รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในภาพกว้าง ได้นำแนวคิดและทฤษฎีมากำหนดใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงนำมาเทียบเคียงกับผลการศึกษา เพื่อให้เห็นองค์ความรู้ที่สามารถเทียบเคียงได้กับแนวคิดทฤษฎีที่ได้ศึกษา และข้อค้นพบที่ได้ปรากฏขึ้น ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลหลัก จะนำเสนอเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2 อิทธิพลทางความคิดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจ

2.4 การสนับสนุนทางสังคม

2.5 เพศกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 3 กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดและแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย

ส่วนที่ 1 สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือด

สถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือด

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2560-2579) ในระยะ 20 ปีข้างหน้าว่าประชาชนไทยจะต้องมีอายุคาดเฉลี่ย 85 ปีและมีสุขภาพแข็งแรงถึงอายุ 75 ปี โดยมุ่งเน้นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย, 2560) ในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันและดูแลตนเองเบื้องต้นและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมสภาพโดยมีโอกาเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือด

สมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคมะเร็งตับ ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ (กรมการแพทย์, 2558) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงมีแนวโน้มที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในอันดับต้น ๆ

โรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง โรคหลอดเลือดโคโรนารี ที่มีสาเหตุเกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดแดงจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคและมีการดำเนินโรคไปตามอายุ โดยสารไขมันที่แทรกเข้าไปสะสมในได้ผนังเอนโดเธลิยม เกิดเป็นแอ่งไขมันขนาดใหญ่ ไขมันของหลอดเลือดจะตีบแคบลง ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เลือดไปเลี้ยงเซลล์หัวใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากผนังที่หุ้มแอ่งไขมันปริแตกจะเกิดเกร็ดเลือดมาจับกลุ่มกันเป็นร่างแหปกคลุมผนังที่ปริแตกทำให้เม็ดเลือดจับกันเป็นลิ่ม และปริมาณลิ่มเลือดมีมากเกินไปเกินกว่าความสามารถของร่างกายที่จะขจัดได้ลิ่มเลือดก็จะอุดตันหลอดเลือดนั้นทันทีทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บแน่นอก ใจสั่น เหงื่อออกเหนื่อขณะออกกำลังกาย เป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงตีบ ร้อยละ 50 หรือมากกว่า ในการประเมินสภาวะความรุนแรงของหลอดเลือดตีบหรือตัน สามารถประเมินจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจและอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงได้ (อรินทยาพรหมนิธิกุล, 2555; กัมปนาท วีรกุล และ จิตติ โฆษิตไชยวัฒน์, 2557; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) ซึ่งแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม ดังนี้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

1. ภาวะเจ็บแน่นอกคงที่ (stable angina) หรือ ภาวะเจ็บแน่นอกเรื้อรัง (chronic stable angina) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic ischemic heart disease) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นอกเป็น ๆ หาย ๆ อาการไม่รุนแรง ระยะเวลาครั้งละ 3-5 นาที หายโดยการพักหรืออมยาขยายเส้นเลือดหัวใจ เป็นมานาน กว่า 2 เดือน

2. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน จำแนกเป็น 2 ชนิดดังนี้

- 2.1 ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิดการอุดกั้นการนำไฟฟ้าผ่านแขนงด้านซ้าย (left bundle branch block) ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการ อุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตัน ในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

2.2 Non ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และหรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียง ภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (Unstable angina)

ชนิดของการเจ็บหน้าอกของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบ่งตามอาการได้ 3 ชนิด ดังนี้

1. Stable angina หมายถึงอาการเจ็บหน้าอกแบบเรื้อรัง เกิดขึ้นในลักษณะเดียวกันทุกครั้ง เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเดิม ๆ เช่นการออกกำลังกาย ถึงระดับหนึ่ง จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกทุกครั้ง เมื่อได้พักหรืออมยาไนโตรกลีเซอรีน อาการเจ็บหน้าอกจะบรรเทาลงภายใน 2-3 วินาที จนถึง 15 นาที

2. Unstable angina หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจ ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงและนานกว่าชนิด stable angina เพราะอาจนำไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ในภายหลัง

3. Variant angina หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดขึ้นขณะพักหรือไม่ได้ออกกำลังกาย และไม่มีภาวะเครียดมาเกี่ยวข้องเลย ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกชนิดนี้พบได้น้อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง ได้แก่ อากาศหนาวเย็น การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด

การประเมินและการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด (ณัฐวุฒิ วงษ์ประภรณ์, 2556)

1. ประเมินปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก

ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก เช่น ภาวะซีดอย่างรุนแรง ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ การเต้นของหัวใจที่เร็วหรือช้าเกินไป ความดันโลหิตสูงมาก ๆ หรือความดันโลหิตต่ำ หรือมีโรคร่วม เช่น มีไขมันอุดตัน การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ทำให้มีความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น หรือมีการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบแต่ไม่มีอาการในตอนแรกกลับมีอาการเพิ่มมากขึ้นจากภาวะต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยที่มากกระตุ้น ดังนั้นเมื่อทราบสาเหตุและแก้ที่สาเหตุก็สามารถทำให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลงหรือหายไปได้

2. การรักษาเพื่อลดอัตราการตายและการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1 การควบคุมอาหาร จากภาวะ metabolic syndrome ประกอบด้วย ภาวะอ้วนลงพุง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวานที่เกิดจากการตอบสนองต่ออินซูลินผิดปกติ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจ ดังนั้นการควบคุมอาหารและควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (BMI 18.5-24.9 kg/m²) ลดไขมันรอบพุง (รอบเอวผู้ชาย < 40 นิ้ว, ผู้หญิง < 36 นิ้ว)

2.2 การออกกำลังกาย จะช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้หัวใจไม่ต้องทำงานสูบน้ำเลือดที่แรงมากเกินไป การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามหลัก FITT (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2552) ดังนี้

2.2.1 ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of exercise; F) ควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องอย่างน้อยประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ เว้นห่างกันไม่เกิน 2 วัน

2.2.2 ระดับความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity of exercise; I) เป็นการกำหนดขีดความสามารถของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีความหนักอย่างเหมาะสม โดยคำนวณความหนักของการออกกำลังกายได้จากการใช้ค่าอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย (target heart rate) ซึ่งคำนวณได้จากอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (maximum heart rate) วัตถุประสงค์เท่ากับ 220 – อายุ (ปี) ของค่าประมาณระดับขนาดของการออกกำลังกาย การกีฬาแห่งประเทศไทย (2552) โดยแบ่งขนาดของการออกกำลังกายตามระดับความหนักของการออกกำลังกายเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และ ระดับสูง จะมีอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายประมาณร้อยละ 50-65, 66-85 และมากกว่า 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

2.2.3 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time of exercise) ระยะเวลาที่มีความต่อเนื่อง และเพียงพออยู่ระหว่าง 15-40 นาที ควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีในการออกกำลังกายที่เพิ่มความคงทนของปอดและหัวใจ

2.2.4 ชนิดของการออกกำลังกาย (Type of exercise) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุดเพราะเป็นท่าออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนในการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายด้วยความเร็วในจังหวะที่สม่ำเสมอ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ และการออกกำลังกายด้วยเครื่องก้าวขึ้น-ลงบันได

2.3 การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาแอสไพริน (Aspirin)

3. การใช้ยาในกลุ่ม antiplatelet ได้แก่ Clopidogrel

4. การรักษาทางยาที่ลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ได้แก่ Nitroglycerin

5. การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดด้วยการทำหัตถการ เพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกและลดการขาดเลือด

5.1 โดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ/หรือใส่ขดลวด (Stent) โดยแพทย์จะสอดใส่สายที่มีบอลลูนและหรือขดลวดอยู่บริเวณปลายสาย เข้าไปยังหลอดเลือดโคโรนารีลูกโป่งที่อยู่บริเวณปลายสายจะถูกดันให้โป่งออก เกิดแรงดันและทำให้เกิดการปริแยกของแผ่นไขมันที่ลึกลงไปถึงชั้นกลางของผนังหลอดเลือด ทำให้พื้นที่ช่องว่างในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มการไหลของเลือด (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2557)

5.2 การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบโดยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยง (Bypass) จากหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) ผ่านบริเวณที่อุดตันไปยังหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณที่ใต้ต่อการอุดตันนั้น ๆ เพื่อให้สามารถนำเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ มีกระบวนการเกิดโรคโดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิตปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถจำแนกออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (Mendis, Puska, & Norrving, 2011)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่

1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งผลทำให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น อาการของโรคเกิดขึ้นหลังอายุ 40 ปี และพบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันอายุเกิน 65 ปี และในอายุที่มากขึ้นผู้หญิงจะเสียชีวิตจากภาวะการหยุดเต้นของหัวใจอย่างกะทันหัน (heart attack) ได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย

1.2 เพศ เพศหญิงในวัยหมดประจำเดือนหรือได้รับการผ่าตัดเอารังไข่ออกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับเพศหญิงที่ยังไม่หมดประจำเดือน (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2557)

1.3 พันธุกรรมและเชื้อชาติ พบว่าบุคคลที่มีประวัติมีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหันด้วยอาการไม่ทราบสาเหตุจากการมีภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน หรือมีบิดา มารดา เป็นโรคระดับไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่อายุน้อย

2. ปัจจัยเสี่ยงหลัก หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลมากต่อการเกิดกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่

2.1 ภาวะผิดปกติของไขมันในเลือด (Dyslipidemia) ระดับ LDL Cholesterol ในเลือดเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงและระดับ HDL Cholesterol ในเลือดเพิ่มขึ้นมีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้น้อย (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2556; สุระรอง ชินวงศ์, 2558)

2.2 การสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคติน (nicotine) พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ 1-10 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงเป็น 2.6 เท่า และสูบบุหรี่มากกว่า 40 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงเป็น 9.1 เท่า (ทรงขวัญ ศิลารักษ์, 2558) เมื่อหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลงร้อยละ 50 ภายใน 1-2 ปี หลังจากนั้นความเสี่ยงจะค่อย ๆ ลดลงช้า ๆ จนใกล้เคียงกับระดับของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ภายในระยะเวลา 5-10 ปีหลังจากเลิกบุหรี่ และยังพบว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่มีภรรยาหรือสามีสูบบุหรี่ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยควันบุหรี่จะมีการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ร้อยละ 30 (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555)

2.3 โรคความดันโลหิตสูง ถ้ามีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2557)

2.4 โรคเบาหวาน มีสาเหตุมาจากการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดโรคอ้วน มีภาวะเมตาบอลิกซินโดม และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราการเสียชีวิตด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสูงเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีสาเหตุจากโรคเบาหวานถึงร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยทั้งหมด (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2557)

3. ปัจจัยเสี่ยงรอง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลน้อยกว่าปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่

3.1 ภาวะอ้วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณไขมันในร่างกายเกินกว่ามาตรฐาน ผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อเมตร² ขึ้นไป) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติ (ศุภวรรณ บุรณพิธ, 2558)

3.2 การขาดการออกกำลังกาย พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคสามารถช่วยป้องกันการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะช่วยเพิ่มระดับ HDL Cholesterol ช่วยลดระดับ LDL Cholesterol และลด Total Cholesterol และทำให้ร่างกายสามารถนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้ดีขึ้น โดยมีเพิ่มความไวต่ออินซูลินช่วยลดความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

3.3 รูปแบบพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารทอดของขบเคี้ยว อาหารที่มีรสเค็ม ไข และเนื้อมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3.4 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวนมากเป็นประจำจนเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังทำให้หลอดเลือดตีบตัน ความดันโลหิตสูง และมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร, 2556)

สรุปได้ว่าความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด มี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ และพันธุกรรมและเชื้อชาติ ปัจจัยเสี่ยงหลักซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลมากต่อโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ระดับไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และสูบบุหรี่ และปัจจัยเสี่ยงรองเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลน้อยกว่าปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคคลที่ไม่เคยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน (Primary Prevention) และจะจัดบริการให้เหมาะสม สอดคล้องกับโอกาสเสี่ยงรายบุคคล

แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย 2 ส่วน
ดังนี้

1. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.1 กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (DM, HT) โดยใช้ตาราง
สี (สามารถใช้ได้ในประชาชนทั่วไป อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)

1.2 กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Pre-DM,
Pre-HT) และผู้ที่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2) ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยการคัดกรอง
ด้วยวาจา (Verbal screening)

2. การบริการหลังการประเมินโอกาสเสี่ยง

3. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ตารางสี (Color Chart) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สถานบริการมีบริการตรวจหา cholesterol ในเลือดหรือไม่ ถ้ามี
ใช้ตารางสีที่ 1 ถ้าไม่มีบริการตรวจหา cholesterol ให้ใช้ตารางสีที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่

ขั้นตอนที่ 3 เลือกเพศชาย หรือหญิง

ขั้นตอนที่ 4 เลือกการสูบบุหรี่ ว่าสูบหรือไม่สูบ

ขั้นตอนที่ 5 เลือกช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	เลือกช่อง
< 40-49	40
50-59	50
60-69	60
70 ปีขึ้นไป	70

ขั้นตอนที่ 6 เลือกค่า systolic blood pressure

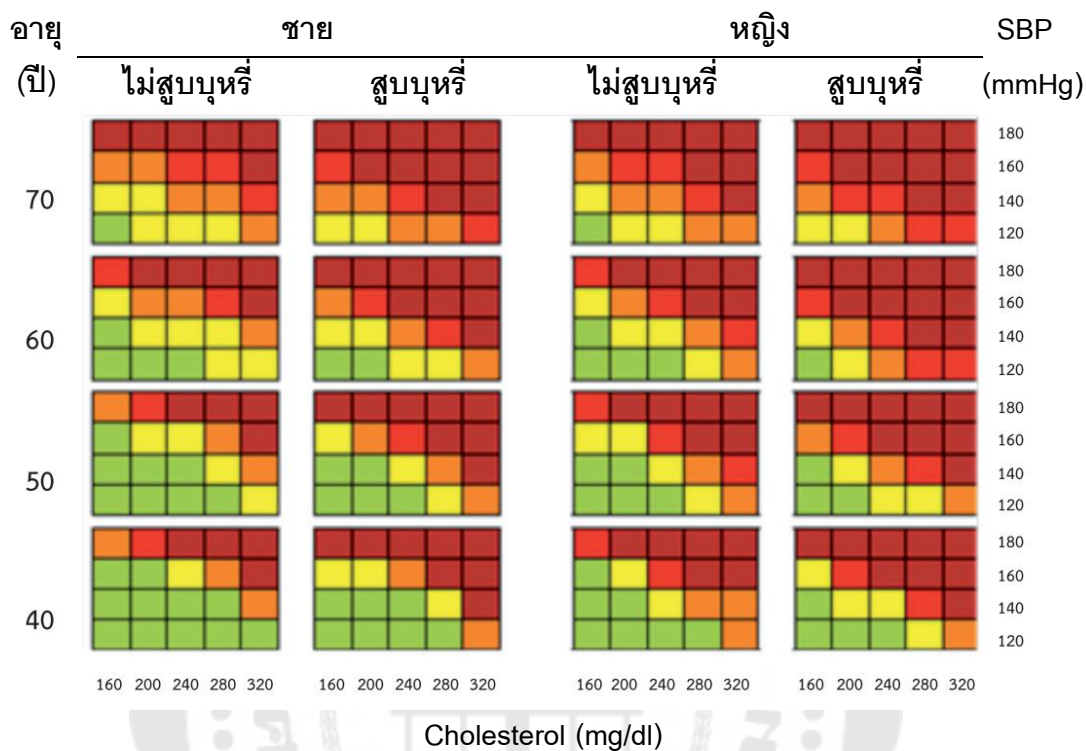
ค่า systolic blood pressure (มม.ปรอท)	เลือกช่อง
< 120 - 139	120
140 - 159	140
160 - 179	160
70 ปีขึ้นไป	180

ขั้นตอนที่ 7 ค่า cholesterol กรณีทราบค่า cholesterol

ค่า cholesterol (มก./ดล.)	เลือกช่อง
< 120 - 139	160
140 - 159	200
160 - 179	240
70 ปีขึ้นไป	320

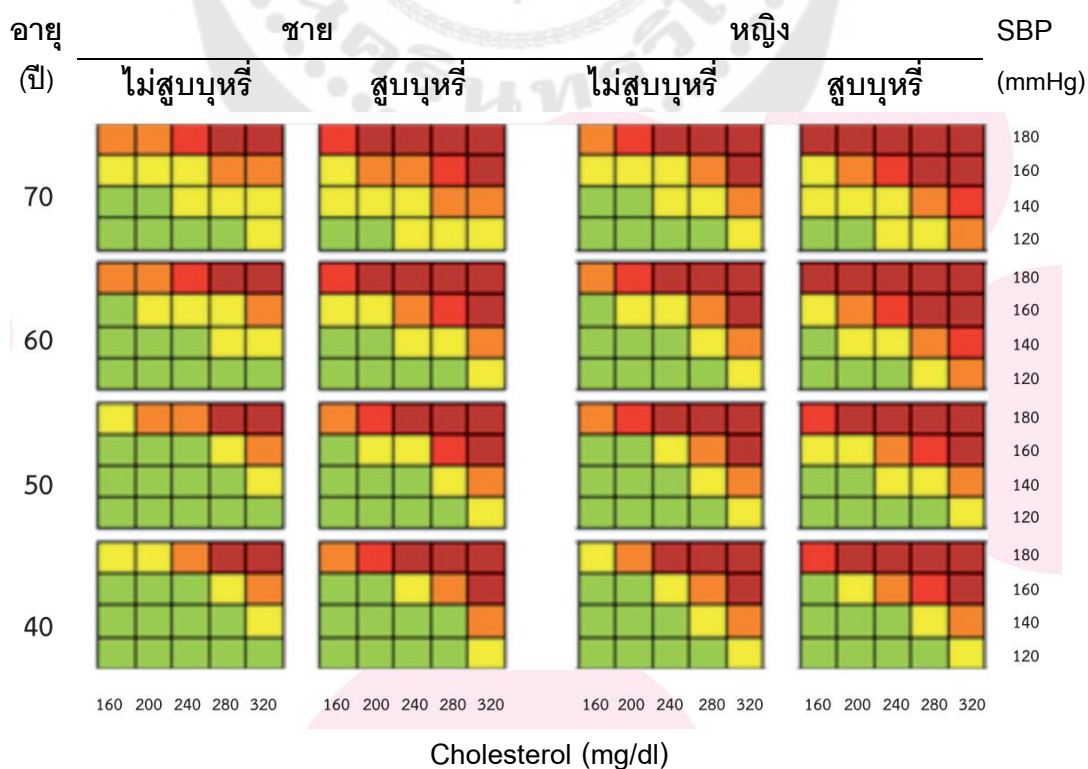
ตารางสีที่ 1 กรณิทราบผล โคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด

ผู้ที่เป็นเบาหวาน



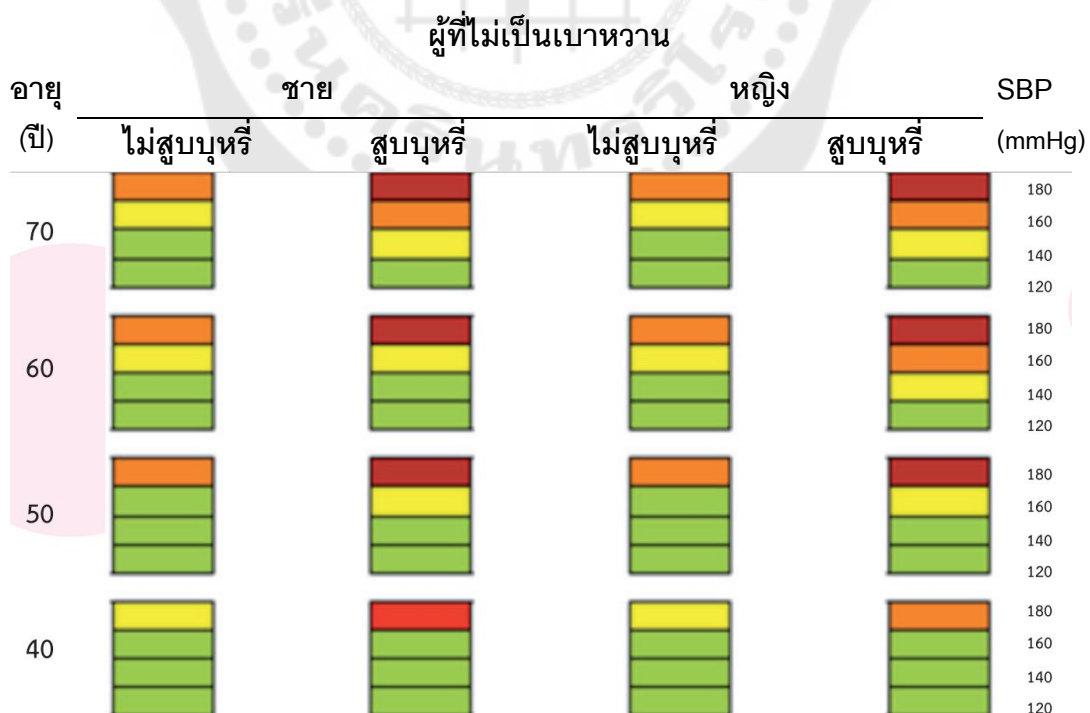
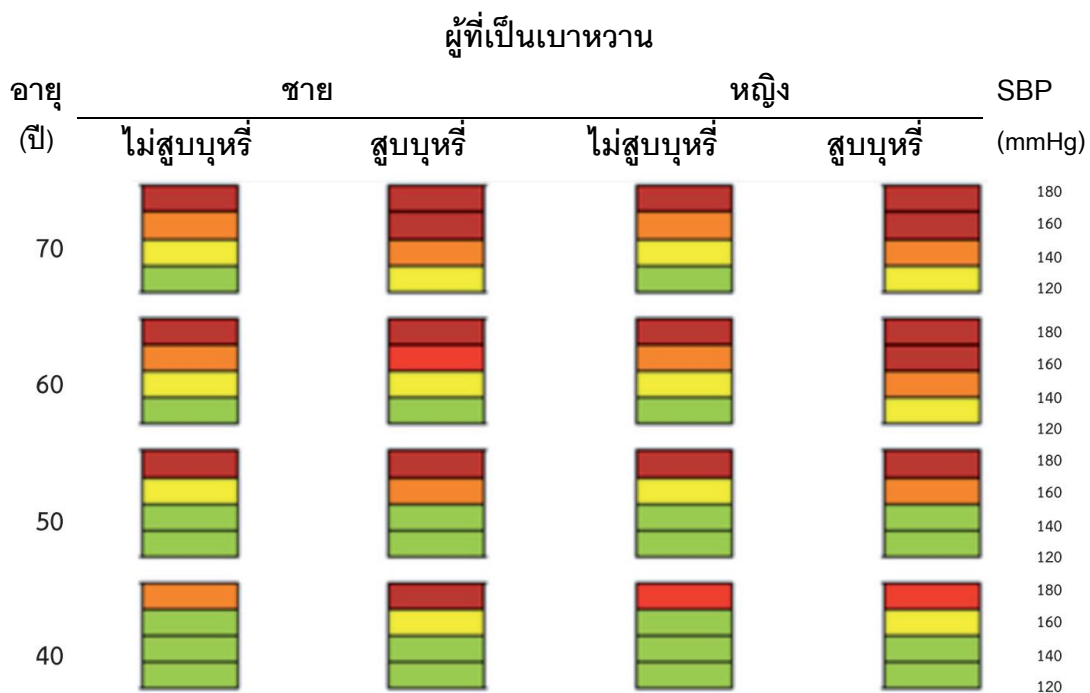
Cholesterol (mg/dl)

ผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน



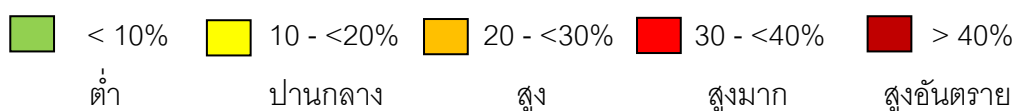
Cholesterol (mg/dl)

ตารางสีที่ 2 กรณีไม่ทราบผล cholesterol ในเลือดหรือสถานบริการสาธารณสุข
ไม่มีบริการตรวจหา cholesterol ในเลือด



การแปลผลระดับโอกาสเสี่ยง

แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ใน 10 ปีข้างหน้า



เป้าหมายผลลัพธ์การบริการและการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง

เป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง	ผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	< 140/90	< 140/90	< 140/90 (อายุ < 60 ปี) < 150/90 (อายุ 60 ปี)
ระดับน้ำตาลในเลือด			
FPG (มก./ดล.)	70-130		60 -100
HbA1c (%)	6-7		
ไขมันในเลือด			
Total Cholesterol (TC) (มก./ดล.)	< 280 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงปานกลาง) < 200 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงมาก)		
Low Density Lipoprotein (LDL) (มก./ดล.)	< 160 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงปานกลาง) < 100 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง) < 70 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงมาก)		
High Density Lipoprotein (HDL) (มก./ดล.)	> 40 (ชาย) > 50 (หญิง)		
Triglycerides (มก./ดล.)	< 150		
การสูบบุหรี่	งดสูบบุหรี่และดื่มควันบุหรี่		
น้ำหนัก และรอบเอว	ดัชนีมวลกาย 18.5 – 24.9 กก./ม ² รอบเอว น้อยกว่าส่วนสูง /2 (เซนติเมตร)		
การออกกำลังกาย	หนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์		
การบริโภคอาหาร	ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้		

4. ขั้นตอนการบริการหลังประเมินในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (DM, HT)

สถานะความเสี่ยง/ขั้นตอน	โอกาสเสี่ยง < 20 %	โอกาสเสี่ยง 20 - < 30%	โอกาสเสี่ยง ≥ 30%
	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงสูงมาก
ให้ข้อมูล ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค	✓	✓	✓
แบบบันทึก (น้ำหนัก ความดันฯ รอบเอว) สุขภาพด้วยตนเอง	✓	✓	✓
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/จัดการตนเอง	✓	✓	✓ เร่งด่วน
ทราบอาการเตือนโรคหัวใจและหลอดเลือด	✓	✓	✓
ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อติดตาม		+/-	✓
ติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยง/และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	6-12 เดือน	3-6 เดือน	1-3 เดือน
ส่งพบแพทย์เพื่อให้ยาตามความเหมาะสม เป้าหมายเพื่อควบคุม FPG,BP ไชมัน ให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติ	✓	✓	✓
ติดตามประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด	ทุกปี	6-12 เดือน	3-6 เดือน

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติตัวลดเพื่อลดความเสี่ยง ตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และ 2 ส. (ไม่สูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา) มีดังนี้

1. อ. อาหาร

1.1 ฝึกนิสัย ชิมก่อนเคี้ยว กินอาหารรสชาติพอดี

1.2 ปรงอาหารด้วยวิธีต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ยำ มากกว่าอาหารทอด หรืออาหารทอดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ กุ้ง ปลาหมึก หนั้ไก่ ขาหมู ของทอด น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม แนะนำควรใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันรำข้าว

1.3 ลดการใช้น้ำปลา เกลือและเครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ แนะนำให้ใช้เครื่องเทศและสมุนไพรแทนเพื่อเพิ่มรสชาติของอาหาร เช่น ขิง กระเทียม หัวหอม พริกไทย พริกชี้หนู มะนาว ตะไคร้ เป็นต้น

1.4 ไม่เติมเครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ ลงในอาหาร เครื่องดื่ม และไม่วางเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊วขาว น้ำตาล กระเทียมเจียว ไข่บนโต๊ะอาหาร และกินน้ำจิ้มด้วยวิธี “จุ่ม”

1.5 เลือกซื้อและรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (ปลา ไก่ ไม่ติดหนัง ติดมัน) มาปรุงเอง หลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง ผักดองและอาหารสำเร็จรูป และเนื้อปรุงแต่ง เช่น ไส้กรอก เบคอน ฮอทดอก เป็นต้น

1.6 เพิ่มปริมาณการกินผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด ควรรับประทานผักหลากหลายสีและชนิด เช่น บล็อกโครี กระหล่ำปลี คื่นห่อ ผักกาด กวางตุ้ง และผลไม้หลากหลายสีและชนิด เช่น มะละกอ ฝรั่ง ส้ม ชมพู แก้วมังกร

2. อ. ออกกำลังกาย จะต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน เช่น เวลาว่าง การทำงาน เดินมากขึ้น หรือปั่นจักรยาน ในระยะทางใกล้ๆ แทนการเดินทางด้วยรถยนต์หรือลิฟท์ และควบคุมให้น้ำหนักตัวที่เหมาะสม (ดัชนีมวลกาย ไม่เกิน 25 กก./ม², รอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง)

ในการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายจะเตรียมความพร้อมร่างกายดังนี้ 1) อบอุ่นร่างกาย และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Warm up) ประมาณ 5 – 10 นาที 2) เคลื่อนไหวออกแรงปานกลางหรือออกกำลังกายปานกลาง จนหายใจเร็วขึ้น ถึงขั้นให้เหนื่อยเกินครึ่งหนึ่งเล็กน้อยของความเหนื่อยที่สุดในชีวิต (แต่ยังไม่หอบ) และยังพูดคุยได้จนจบประโยคอย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง 3) ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (warm down) ประมาณ 5-10 นาที ซึ่งการเดินออกกำลังกายเป็นวิธีที่ง่าย และปลอดภัยที่สุด เหมาะสมกับทุกเพศ ทุกวัย ทำได้ทุกที่ทุกเวลาที่มีโอกาส โดยการเดินเร็ววันละ 30 – 45 นาที ควรออกกำลังกายวันละ 30 – 45 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หากมีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เวียนศีรษะ คล้ายเป็นลม ให้หยุดพักการออกกำลังกายและไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุ

3. อ. อารมณ์ เมื่อรู้สึกเครียดจะต้องหาวิธีการบรรเทาความเครียด ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน สร้างอารมณ์ขันให้กับตนเอง เลือกวิธีลดความเครียดที่ให้ผลดีต่อสุขภาพ และมีความคิดเชิงบวกเช่น นอนหลับพักผ่อน การทำสมาธิ ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เดินแอโรบิค ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ แต่งกลอน ทำงานศิลปะ ปลูกต้นไม้ และ

พูดคุยพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง เป็นต้น เมื่อเกิดความเครียด ควรหลีกเลี่ยง เช่น การกินจุบจิบ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เล่นการพนัน เที่ยวกลางคืน เป็นต้น

4. ส. ลดการดื่มสุรา จะต้องให้คำแนะนำถึงผลเสียของบุรุษที่มีต่อสุขภาพ เช่น จะมีความเสี่ยงต่อโรคตับแข็ง มะเร็งตับ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งปากและช่องปาก ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จะต้องลดปริมาณการดื่มที่ละน้อย โดยตั้งเป้าลดการดื่มลงให้น้อยลง หลีกเลี่ยงจากสถานที่ที่เคยดื่ม และเพื่อน ๆ ที่ร่วมดื่ม หยุดความคิดที่จะดื่มเพื่อเข้าสังคม และหันมาทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพโดยออกกำลังใจ สร้างความสุขให้กับตัวเอง ทดแทน “ความสุขที่คุณดื่มได้” หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง

5. ส. ไม่สูบบุหรี่ จะต้องให้คำแนะนำถึงผลเสียของบุรุษกับสุขภาพ เช่น ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ และ ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จะต้องมีการตั้งเป้าและมีความตั้งใจจริงที่จะเลิกบุหรี่ ตั้งสติให้มั่น เข้มแข็ง เมื่อมีอาการหงุดหงิด ตัดความเคยชินหรือกิจกรรมว่างที่มักจะทำร่วมกับการสูบบุหรี่ เลือกรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ให้มากกว่าเดิม และหันมาออกกำลังใจ สร้างความสุขให้กับตัวเอง ทดแทน “ความสุขที่คุณสูบได้” หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง หรือให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถทำได้ และเตือนตนเองอยู่เสมอว่า “คุณไม่สูบบุหรี่แล้ว”

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

เทศบาลนครนนทบุรี มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลนครนนทบุรี ทำงานร่วมกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลนนทเวช วิทยาลัยเทคโนโลยีปัญญาภิวัฒน์ บริษัท ผลิตภัณฑ์ไฟฟ้าราชนบุรีโฮลดิ้ง จำกัด เป็นต้น และเทศบาลฯ ได้มีนโยบายให้แต่ละชุมชน/หมู่บ้านจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุโดยมีแกนนำหรือผู้นำชุมชน และจะด้วยมีสมาชิกอย่างน้อย 30 คน ทำกิจกรรมร่วมกันของชมรม ได้มีการสำรวจกิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ หรือ ความต้องการในชุมชนและศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่อยู่ภายใต้การดูแลของเทศบาลฯ ที่ผู้สูงอายุสนใจและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ จากนั้นเทศบาลฯ ได้ทำการคัดเลือกจิตอาสาที่จะมาเป็นครูผู้สอนในแต่ละกิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และนำกิจกรรมได้ เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการจัดอบรมความรู้แก่สมาชิกอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีกิจกรรมในชุมชน เช่น ออกกำลังกาย ทำอาหารเพื่อสุขภาพ สังสรรค์เลี้ยงวันเกิดทุกเดือน และอสม.เยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ และอสม.และผู้นำชุมชนและใน

แต่ละชุมชนเข้าร่วมกับประชุมกับเจ้าหน้าที่ของเทศบาล เดือนละ 1 ครั้ง และมีการตรวจและคัดกรองสุขภาพประจำปีของชุมชน ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 เครือข่ายขับเคลื่อนประเด็นผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลนครนนทบุรี

เทศบาลนครปากเกร็ด มีนโยบายมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งทางเทศบาลฯ ได้มีโครงการจัดฝึกอบรมให้แก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ประชาชนจิตอาสา เพื่อเป็นแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในการประชุมประจำปี จะเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลบางกรวย โรงพยาบาลบางบัวทอง และโรงพยาบาลปากเกร็ด และมีโครงการตรวจสุขภาพประจำปีของแต่ละชุมชน และทางเทศบาลฯ ได้สนับสนุนคอยช่วยเหลือและเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้นำชุมชน โดยจัดหาจิตอาสาที่จะมาเป็นครูผู้สอนในแต่ละกิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นภูมิปัญญาชาวบ้าน ที่มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และนำกิจกรรมได้ เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการจัดอบรมความรู้แก่สมาชิกอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีกิจกรรมในชุมชน เช่น ออกกำลังกาย สวดมนต์ เลี้ยงวันเกิดทุกเดือน กิจกรรมทำบุญร่วมกันตามเทศกาลต่าง ๆ และอสม.เยี่ยมบ้านร่วมกับ

เจ้าหน้าที่ และผู้นำชุมชน และในแต่ละชุมชนเข้าร่วมกับประชุมกับเจ้าหน้าที่ของเทศบาลฯ เดือนละ 1 ครั้ง

ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 2 เทศบาล มีลักษณะคล้าย ๆ กัน ส่วนใหญ่เน้นการส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย ทำกิจกรรมสัมพันธ์ เลี้ยงสัตว์วันเกิดประจำเดือน และมีการตรวจสุขภาพประจำปี และอสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่ออกตรวจเยี่ยมบ้านในชุมชนนั้น ๆ และให้อสม.ตรวจเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตในพื้นที่ยอมรับชอบ ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละชุมชน มุ่งเน้นการทำการกิจกรรมร่วมกันของชุมชน และมีการช่วยเหลือของอสม.และผู้นำชุมชนแต่ในขณะที่ทางเทศบาลได้มีโครงการต่าง ๆ ที่จะสนับสนุนในแต่ละชุมชนมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป ไม่ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการคัดกรอง เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จากสภาวะการณในปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในอันดับต้น ๆ ผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและมีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดเช่น ตรวจสุขภาพประจำปีหรือไปตรวจตามแพทย์นัด การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกายพักผ่อน และการจัดการความเครียด (นิพรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, 2559) และการปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคม ตลอดจนการเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคม (ภรณ์ ตั้งสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์ หิรัญญ์(2556) จากการเจ็บป่วยหรือการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขาดความใส่ใจการดูแลสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (มนทิญา กงลา และ จรวย กงลา, 2558) ดังนั้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นที่ให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่ง Pender (2006) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกของชีวิตและควมมีคุณค่าของตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตจะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี หากบุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ก็สามารถทำให้เกิดโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้และยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งที่ยังไม่ป่วยและป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้แนวคิดของ Pender (2006) ทั้ง 6 ด้านพบว่ามีความพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (สายทอง ภูม่นเขียน, 2556; ศศิกานจน์ สกุลปัญญาวัฒน์, 2557)

ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1.1 แนวคิด ความหมาย และองค์ประกอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promotion Model) เป็นแนวคิดที่ได้พัฒนาขึ้นมาจากการบูรณาการแนวคิดต่าง ๆ ทั้งทางจิตวิทยา สังคมศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งอธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามีลักษณะเป็นองค์รวม และมุ่งเน้นในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งเน้นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีความครอบคลุมถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละคน

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promotion Model) ในระยะเริ่มแรกเกิดจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมทางการแพทย์ และในปี ค.ศ. 1990 ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรก ได้สร้างกรอบแนวคิดโดยประยุกต์ใช้ทั้งศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ และได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและธรรมชาติของบุคคลในหลากหลายมิติที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบจำลองการเข้าถึงความสามารถของบุคคล (A competence or approach oriented model) และสามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้กับทุกพฤติกรรมสุขภาพ ได้อธิบายถึงธรรมชาติของมนุษย์ในรูปแบบหลายมิติที่มีการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งได้มีการบูรณาการแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีของความคาดหวัง (Expectancy - value theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) รวมการรักษาพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม (Bandura, 1986; Feather, 1982 อ้างถึงใน Pender, 2011, p. 44)

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Pender, 1996) ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristic and experiences) อารมณ์และความคิดที่มีต่อพฤติกรรม (Behaviour-Specific Cognition and Affect) และผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavioural Outcome) (Pender, 2011, p. 44) โดยมีรายละเอียดในแต่ละมิติ ดังนี้

1. คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ (Individual characteristics and experiences) โดยมีความเชื่อว่าแต่ละบุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) คือ พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติบ่อยจนกลายเป็นนิสัย (Habit formation) มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะพบว่ามีอิทธิพลทางตรงโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ โดยผ่านการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ส่วนมีอิทธิพลทางอ้อมโดยอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ประโยชน์ (Benefits) อุปสรรค (Barriers) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity-related affect) ทำให้เกิดการพิจารณาไตร่ตรองและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ หรือถ้ามีอุปสรรคต่อพฤติกรรมก็จะถูกบันทึกไว้ในความทรงจำและจะถูกเรียกคืนมาเมื่อเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในเวลาต่อมา

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Personal biologic factors) ประกอบด้วย เพศ ดัชนีมวลกาย อายุ สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความสามารถในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Personal psychological factors) ประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Personal social cultural factors) ประกอบด้วย สัญชาติ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

2. อารมณ์และความคิดที่มีต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจในการแสดง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลออกมา การรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเริ่มต้นการแสดงพฤติกรรม แต่การรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจและมีความมุ่งมั่นในการแสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ที่แสดงพฤติกรรมนั้น แต่ความเชื่อหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกจึงเป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญ แต่ก็จำเป็นสำหรับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ (Perceived barriers to action)

การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับความไม่พร้อม เช่น ความไม่สะดวก ราคาแพง ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการแสดงพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เมื่อบุคคลรับรู้อุปสรรคมากและขาดความพร้อมก็จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ในขณะที่บุคคลรับรู้อุปสรรคน้อยและมีพร้อมสูงก็จะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้น การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านความมุ่งมั่นที่จะแสดงพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)

โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ซึ่งความสามารถของแต่ละบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกัน บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมได้สำเร็จ โดยพิจารณาจากการคาดหวังในผลลัพธ์นั้น ๆ การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อการแสดงพฤติกรรมนั้น

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related affect) หมายถึง

เป็นความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นทั้งขณะก่อน ระหว่าง และหลังการแสดงพฤติกรรม การตอบสนองต่อความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้า ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมประกอบ 3 องค์ประกอบ คือความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องในการทำกิจกรรม ซึ่งความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านการรับรู้ความสามารถของตนและความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นความคิด

ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้อิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐาน และการมีบุคคลเป็น

แบบอย่าง ซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลจะมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่มหรือกระตุ้นความมุ่งมั่นต่อการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ไปตามสภาพตามความต้องการ ซึ่งหากบุคคลได้รับแรงจูงใจที่เหมาะสม ก็จะเกิดพฤติกรรมตามทิศทางที่สังคมต้องการ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ทางเลือกที่มาสนับสนุน ลักษณะความต้องการ และความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งอิทธิพลจากสถานการณ์มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (Behavioral outcome) เป็นการกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

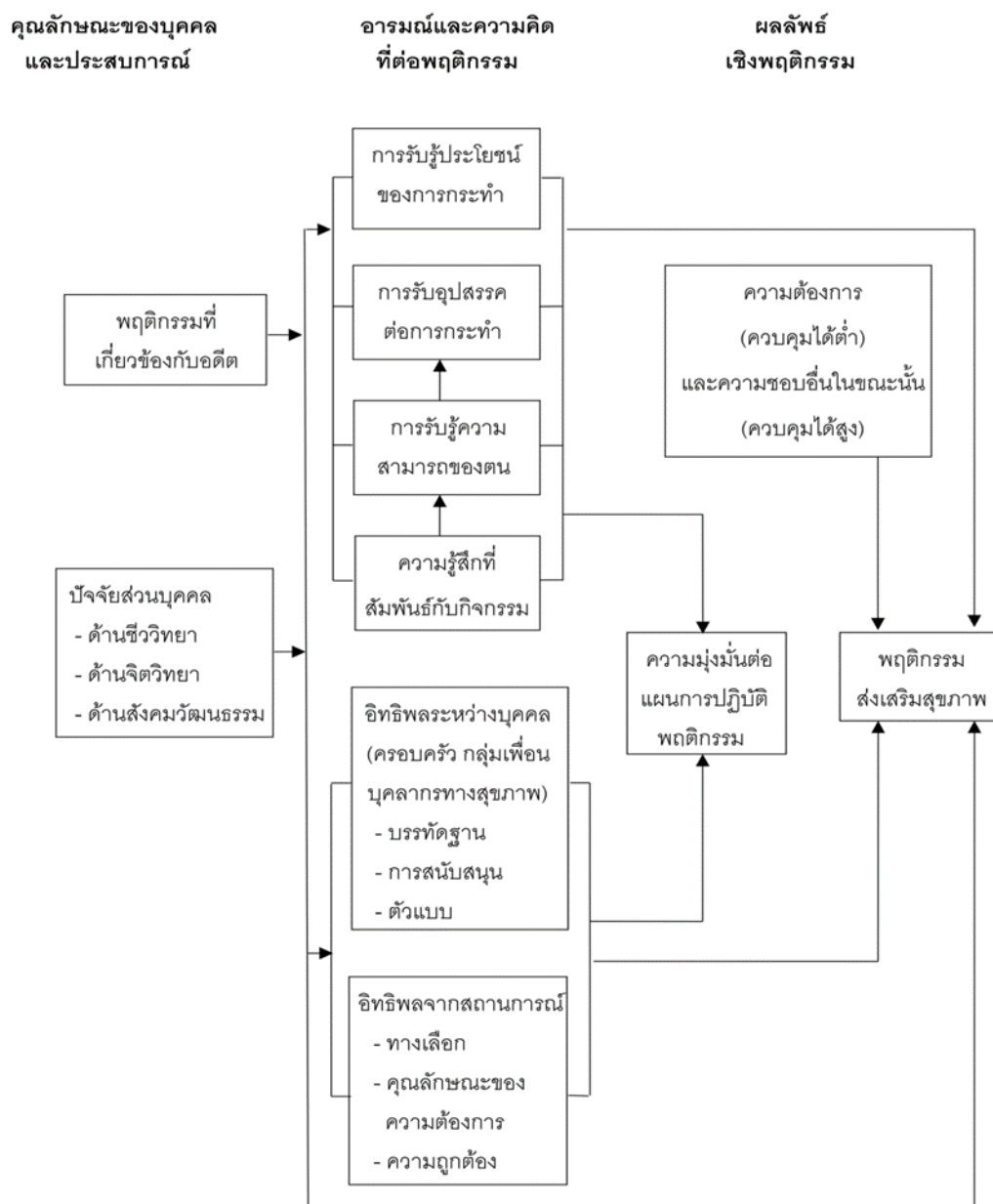
3.1 ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions) ความมุ่งมั่นที่จะแสดงพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิด ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมให้สอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ ที่กำหนดเอาไว้โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชอบ และวิธีการที่ชัดเจนในการแสดงพฤติกรรม การให้แรงเสริมทางบวก หากมีแต่ความมุ่งมั่นอย่างเดียวโดยปราศจากวิธีการที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลที่มีความตั้งใจแต่ไม่อาจแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้นความมุ่งมั่นและการหาวิธีการที่ชัดเจนจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ

3.2 ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) เป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ และไม่สามารถแสดงพฤติกรรมนั้นตามที่ได้วางแผนไว้ และไม่สามารถควบคุมตนเองจากความชอบ ความพอใจ และความต้องการนั้น ๆ ซึ่งความต้องการและความชอบอื่นที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมุ่งมั่นส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) เป็นการกระทำที่แสดงออกในการส่งเสริมพฤติกรรมให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จ เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพโดยบูรณาการให้เข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ เนื่องจากการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ดี ในขณะที่ Walker Sechrist และ Pender (1987) ได้เสนอว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี หมายถึง การกระทำในกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาวะของบุคคลนั้น องค์ประกอบของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี โดยสามารถแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ (Nutrition) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Exercise) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) การจัดการกับความเครียด (Stress management) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth)





ภาพประกอบ 2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health promotion model revised)

ที่ ม ๑ : Pender, Murdaugh, & Parsons. (2011). Health Promotion in Nursing Practice, p. 45.

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender แสดงถึงความสัมพันธ์ของมโนทัศน์หลาย ๆ มโนทัศน์ มีจำนวน 14 ข้อ (ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2561) ดังนี้

1. พฤติกรรมเดิมที่ปฏิบัติมา พฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัย และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับมามีอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคล และการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
2. บุคคลสัญญาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพก็ต่อเมื่อได้คาดคะเนประโยชน์ที่จะได้หรือให้คุณค่าต่อสิ่งที่เปลี่ยนแปลง
3. การรับรู้อุปสรรคสามารถเป็นทั้งสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมตัวกลางการปฏิบัติพฤติกรรม และสิ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้นจริง
4. การรับรู้ความสามารถของตน จะทำให้ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น
5. การรับรู้ความสามารถของตนที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ลดลง
6. อารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรมในทางบวกที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มมากขึ้น
7. เมื่ออารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โอกาสของความมุ่งมั่นในการปฏิบัติและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้น
8. บุคคลมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มากขึ้น เมื่อได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
9. ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ เป็นแหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่สำคัญมีผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง
10. อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในทางเพิ่มขึ้นหรือลดลง หรือมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
11. ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงยิ่งมากขึ้น โอกาสของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก็มากขึ้น

12. ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะลดลงเมื่อบุคคลมีความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นเข้ามามากกว่าพฤติกรรมที่ปรารถนาไว้

13. ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะลดลง เมื่อมีสิ่งที่น่าสนใจอย่างอื่นเข้ามากระตุ้นหรือมีความชื่นชอบอย่างอื่นในขณะนั้นมากขึ้น

14. บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนความคิดรู้ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ระหว่างบุคคลที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายและองค์ประกอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) ได้ให้ความหมายและองค์ประกอบ ดังนี้ เป็นการกระทำที่บุคคลแสดงออกเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม โดยมุ่งเน้นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีการปฏิบัติที่กระทำจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาองค์ประกอบตามแนวคิดของ Pender มีนักวิชาการได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรค เช่น ศรีสุตา วงศ์พิเศษกุล และคนอื่น ๆ (2560) ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคนอื่น ๆ (2561) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมือง ซึ่งทั้งหมดได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ส่วน Sok และ Yun (2011) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและอาศัยอยู่กับครอบครัวในเกาหลี และ Lo และคนอื่น ๆ (2015) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย และมีการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต เช่น ปาริชาติ พยัคฆ

รักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และสายทอง ภูแมนเขียน (2556) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และ Giena และคนอื่น ๆ (2018) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งทั้งหมดได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ทำให้สามารถสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย	ปี	องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ						
		โภชนาการ	กิจกรรมและ ออกกำลังกาย	ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	การเจริญทางจิตวิญญาณ	การจัดการกับความเครียด	จำนวนองค์ประกอบ (ด้าน)
Sok & Yun	2011	✓	✓					2
Lo et al.	2015	✓	✓					2
Giena et al.	2018	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต	2556	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
สายทอง ภูแมนเขียน	2556	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
ศรีสุดา วงศ์พิเศษกุล และคนอื่น ๆ	2560	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคนอื่น ๆ	2561	✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
รวม		7	7	5	5	5	5	

จากตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้สรุปได้ว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ มีทั้งหมด 7 เรื่อง มีการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. ปี 2554-2561 ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรค กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และในกลุ่มที่เป็นโรคหัวใจ และโรคความดันโลหิต และยังพบว่าได้มีการศึกษาองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการ และ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Lo et al., 2015; Sok & Yun, 2011) และ 6 ด้าน ได้แก่

1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Giena et al., 2018; ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต, 2556; สายทอง ภูม่นเขียน, 2556; ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล และคนอื่น ๆ, 2560; ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคนอื่น ๆ, 2561) และเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านที่ได้รับความสนใจศึกษาและพบในทุกงานวิจัย คือ ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ

จากการสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Pender ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ได้นำมาปรับและพัฒนาเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านโภชนาการ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของผู้อายุเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ถ้าผู้สูงอายุขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน ละเลยหรือมองข้ามคุณค่าทางโภชนาการ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพที่นำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป อาหารประเภทผัด ทอด ย่าง หรือปิ้ง อาหารไขมันสูงและอาหารรสจัดที่มีความเค็ม เกลือโซเดียมสูงและหวานมากเกินไป และยังพบว่าการบริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 76) ถ้าได้บริโภคผักและผลไม้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานจะช่วยลดโรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 31) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวิณี แสงเรือน (2559) ที่พบว่ามีการบริโภคผักและผลไม้ต่ำ และบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่สมดุล เช่น การบริโภคหวาน มัน เค็ม มากไป ดังนั้นการบริโภคอาหารจึงเน้นที่การป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ที่จะเป็นสาเหตุนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

1.1 จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวจากสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน สัตว์ปีก และไขมันอิ่มตัวจากพืช เช่น เนย มะพร้าว ปาล์ม เนื่องจากทำให้ระดับไขมัน LDL ในเลือดสูงขึ้น ไขมันที่ควรรับประทาน ได้แก่ ไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันมะกอก ถั่วลิสง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันปลา เลือกรับประทานปลา เนื้อไก่ แทนเนื้อหมูหรือเนื้อวัว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรม

ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ทั้งนี้ยังควรลดการบริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ และอาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก กุ้งและหอยนางรม และอาหารแปรรูป ผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันสูง (ณัฐฉิรวรรณ พันธมุง และ อลิสรดา อยู่เลิศลบ, 2560)

1.2 เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ เนื่องจากในผักและผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง จะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผักและผลไม้ยังช่วยให้การขับถ่ายเป็นปกติ และช่วยลดน้ำหนักในรายที่อ้วน แต่ไม่ควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานจัด ให้รับประทานผักและผลไม้ 5 ส่วนต่อวัน (ณัฐฉิรวรรณ พันธมุง และ อลิสรดา อยู่เลิศลบ, 2560)

1.3 จำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมและที่มีรสเค็ม เนื่องจากในปริมาณโซเดียมที่สูงจะดูดน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ปริมาตรของเหลวในร่างกายมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนัก (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ควรเว้นการรับประทานอาหารแปรรูป และผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปซึ่งส่วนใหญ่มีเกลือ เช่น อาหารกระป๋อง อาหารแปรรูปต่าง ๆ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ไข่กวน ขนมขบเคี้ยว ควรเลือกซื้อโดยดูที่ฉลากโภชนาการ และเลือกอาหารที่มีเกลือ หรือโซเดียมต่ำ (ณัฐฉิรวรรณ พันธมุง และ อลิสรดา อยู่เลิศลบ, 2560; วิชัย เอกพลากร, 2550)

1.4 ควรบริโภคอาหารที่ปรุงเอง และจัดเตรียมอาหารเพื่อสุขภาพ สำหรับมือกลางวันมาจากบ้าน ควรบริโภคอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อในแต่ละวัน

2. ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีแบบแผนและกระทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอ การเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับปานกลางถึงหนัก เช่น เดินเร็วอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ควรเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์และบันไดเลื่อน เดินหรือปั่นจักรยานแทนการขับรถ และออกกำลังกายกับเพื่อนหรือคนในครอบครัวจะมีความสุข และเพลิดเพลิน (ณัฐฉิรวรรณ พันธมุง และ อลิสรดา อยู่เลิศลบ, 2560) และการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก ทำติดต่อกันเป็นเวลานาน จึงจะมีผลทำให้การทำงานของระบบหัวใจ และปอดมีความแข็งแรงและการไหลเวียนโลหิตสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คือ กิจกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพอนามัย เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพ การไปพบแพทย์ตามนัดและการกระทำตามคำแนะนำของแพทย์และแผนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการแสวงหาข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เป็น

ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และการส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การพบปะพูดคุยหรือแสดงความคิดเห็นกับเพื่อน ชุมชน พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองนั้นมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ที่สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดที่เป็นเครื่องเหนี่ยวทางจิตใจ ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความหวัง ความสงบสุข การให้อภัย และการยอมรับสภาพของตนเอง ได้แก่ มีความพยายามและอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ การยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องสำคัญของจิตวิญญาณและเกี่ยวข้องกับชีวิต

6. ด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุเพื่อลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด โดยเฉพาะ ความเครียดเรื้อรัง ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ระดับไขมันในเลือด ได้แก่ คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดมีความหนาแข็งตัวขึ้น ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Gautum, 2012) การจัดการกับความเครียดที่ดีที่สุด การค้นหาวิธีการในการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง ในสิ่งที่ชอบหรือพึงพอใจต่อวิธีการนั้น ๆ วิธีผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธี ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน ถนัด ชอบ หรือสนใจทำแล้วเพลิดเพลินมีความสุข เช่น นอนหลับพักผ่อน ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ แต่งกลอน ทำงานศิลปะ งานฝีมือ งานประดิษฐ์ต่าง ๆ สะสมสะสมปี สะสมเครื่องประดับ ถ่ายรูป จัดอัลบั้มปลูกต้นไม้ ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง หรือท่องเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ หรือพบปะ พูดคุยกับผู้อื่น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) และการเข้าร่วมกิจกรรม การปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น ทำบุญตักบาตร สวดมนต์ การนั่งสมาธิ เพื่อให้รู้สึกสบายทั้งร่างกายและจิตใจ

ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมให้

มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีห่างไกลจากภาวะหัวใจขาดเลือด มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) ด้านโภชนาการ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

2.1.2 การวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าได้มีการพัฒนาเครื่องมือวัดตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมี 2 แบบวัด คือ แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile II: HPLP-II) และแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย (Health Promotion Behavior Measuring Instrument: HPBMI)

1. แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile II, HPLP-II) ถูกพัฒนาขึ้นมาโดย Walker และคนอื่น ๆ (1995) เป็นแบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพ มีข้อคำถาม 52 ข้อ และเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย ๆ และเป็นประจำสม่ำเสมอ มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน คือ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและกิจวัตรประจำวัน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ ด้านการจัดการกับความเครียด และ Walker และ Hill-Polerecky (1996) ได้นำแบบวัด HPLP-II ไปศึกษาค่าความตรง (construct validity) และความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งฉบับ .943 และค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในของแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.79 - 0.87 และอีก 3 สัปดาห์ได้วัดซ้ำได้ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งฉบับ 0.89 และ ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล และคนอื่น ๆ (2560) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ตั้งแต่ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และ ปฏิบัติเป็นกิจวัตร ได้ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 ส่วน ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคนอื่น ๆ (2561) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ เขตชุมชนชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ แต่ได้ปรับแต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่เคย บางครั้ง ปานกลาง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ มีค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งฉบับ เท่ากับ .92 และ Giena และ

คนอื่น ๆ (2018) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ มาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของประเทศอินโดนีเซีย ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง จากข้อคำถาม 52 ข้อ เหลือ 45 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย ๆ และเป็นประจำสม่ำเสมอ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งหมด 0.96 ส่วนของ ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) ได้นำแบบวัดการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ได้มาปรับเปลี่ยนและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย จากข้อคำถาม 52 ข้อ เหลือ 46 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คือ ไม่เคยทำ บางครั้ง บ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งหมด 0.93 และสายทอง ภูม่นเขียน (2556) ได้นำแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มาปรับเปลี่ยนและดัดแปลงข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย จากข้อคำถาม 52 ข้อ เหลือ 46 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คือ ไม่เคยทำ บางครั้ง บ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายในทั้งหมด 0.90

2. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย (Health Promotion Behavior Measuring Instrument, HPBMI) ถูกพัฒนาขึ้นโดย Kamlairat Yensuchit (2000) ได้พัฒนาเครื่องมือจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุ นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชิงตรงโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดสอบ และเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ มีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ มีองค์ประกอบ 7 ด้าน คือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการสุขภาพที่อาศัย และ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 ค่าน้ำหนักแต่ละองค์ประกอบ เท่ากับ 0.71 - 0.94

จะเห็นได้ว่าการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา นักวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่มุ่งวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิต และวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนเมือง นักวิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดแบบวัดการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (HPLP-II) ของ Walker และคนอื่น ๆ (1995) ร่วมกับการศึกษาแบบวัดของปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) แบบวัดของสายทอง ภูม่นเขียน (2556) และแบบวัดของสุดา วงศ์ศรีวิเศษกุล และคนอื่น ๆ (2560) โดยนำมาปรับภาษาและข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย เป็นแบบ

วัดที่สอบถามถึงกิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือแทบไม่เคยปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ โดยวัดองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน คือ ด้าน โภชนาการ ด้านกิจกรรม/การออกกำลังกาย/กิจวัตรประจำวัน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

2.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรค ทั้งนี้ พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ เช่น Lim และคนอื่น ๆ (2010) ศึกษาแบบเชิงสาเหตุต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผู้หญิงที่อาศัยในชุมชน ประเทศเกาหลี จำนวน 438 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผู้หญิงชาวเกาหลี ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ($\beta = 0.53$; 0.18) และ นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จำนวน 360 คน พบว่าการเป็นสมาชิกชมรม มีโรคประจำตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 31.2 และกฤษฎา พรหมสุวรรณ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองไม้แก่น จำนวน 225 คน พบว่าการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.13$; 0.31 , $p < .05$)

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นโรค ความดันโลหิต กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มที่เป็นโรคหัวใจ เช่น Jaiyungyuen (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวมีสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ($r = 0.38$; 0.59 , $p < .001$) และร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 38 สอดคล้องกับ Giena และคนอื่น ๆ (2018) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 333 คน พบว่า ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมและสถานการณ์อิทธิพลร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 36.9 และจากศึกษาของ ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายแบบแผนการ

ดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 259 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.439; 0.364$; และ $0.389, p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพ ($r = -0.387, p < .01$) ตัวแปรทั้ง 4 ร่วมทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจได้ ร้อยละ 29 สอดคล้องกับ สายทอง ภูมื่นเขียน (2556) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 67 ราย พบว่ารับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.524; 0.836, p < .01$)

2.2 อิทธิพลทางความคิดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรอิทธิพลทางความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของมโนทัศน์แนวคิดของ Pender (2011) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นแกนสำคัญที่จะนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาตัวแปรด้านอิทธิพลทางความคิด ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง แล้วยังมีตัวแปรที่เพิ่มเติมที่ผู้วิจัยสนใจด้านอิทธิพลทางอารมณ์เกี่ยวกับความไว้วางใจในทีมสุขภาพ (trust in health care provider)

2.2.1 แนวคิด ความหมายและองค์ประกอบอิทธิพลทางความคิด

แนวคิดอิทธิพลทางความคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาอิทธิพลทางความคิด เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์หลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับหรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งการคาดการณ์ถึงประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งภายในและ

ภายนอก การรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความรู้สึกตื่นตัว และลดความรู้สึกอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนประโยชน์จากภายนอก ได้แก่ การได้รับรางวัลหรือการได้เข้ากลุ่มสังคมจากการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์จากภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์จากภายในจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

2. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action) การที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติ ซึ่งอุปสรรคนี้อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิดหรือมีอยู่จริงก็ได้ การรับรู้อุปสรรคนั้นประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบายการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือใช้เวลามากในการกระทำ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวาง และบุคคลการเกิดความไม่พึงพอใจในการเลิกปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงถือว่าเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งได้ อุปสรรคมักจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมีมาก การกระทำจะเกิดขึ้นได้ยาก แต่เมื่อความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคในการกระทำจะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self - efficacy) Bandura (1997) กล่าวว่าความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรมโดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนเองมีอยู่ได้อย่างไร การตัดสินใจความสามารถของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) โดยการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจที่ผลลัพธ์ เช่นผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย (Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง และประสบการณ์ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถตนเองและบุคคลเชื่อว่า เขาสามารถที่จะทำได้

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) เป็นการสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่น แล้วมาเปรียบเทียบกับตัวเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ทางอ้อม การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตมีความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการสื่อสารให้เกิดความร่วมมือว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้นจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

ความหมายและองค์ประกอบอิทธิพลทางความคิด

กัตติกา ธนะขำว้าง, จีราพร เกศพิชญวัฒนา, และ ชนกพร จิตปัญญา (2553) วิเคราะห์ห่อภิมานในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของ Pender (2006) และได้ให้ความหมายอิทธิพลทางความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุต่อการกระทำกิจกรรม และต่อภาวะการณั้ แวดล้อมรอบตัว ที่ส่งผลต่อการจูงใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และได้มีนักวิชาการได้ศึกษาแนวคิดของ Pender (2006, 2011) และได้ให้ความหมาย เช่น นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ หมายถึง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อผลดีที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ หมายถึง ความคิดเห็นหรือการคาดคะเนของความคิดเห็นของ อสม. ต่อสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง

ความมั่นใจตนเองที่จะสามารถกระทำพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพเมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ และ สุขาดา ใจชื่อ (2560) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ หมายถึง การรับรู้ถึงผลลัพธ์ทางด้านบวกหรืออาจเป็นการคาดคะเนของผู้สูงอายุต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรม/การออกกำลังกาย/กิจวัตรประจำวัน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งขัดขวาง ความรู้สึกยากลำบาก ความไม่สะดวกสบาย เช่น สถานที่ เวลา ค่าใช้จ่าย สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้ไม่มีโอกาสหรือการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของผู้สูงอายุในความสามารถของตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งไม่เกี่ยวกับความสามารถเดิมที่มีอยู่ และสายทอง ภูมื่นเขียน (2556) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหัวใจเกี่ยวกับผลดีในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหัวใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคหัวใจให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

สรุปได้ว่า อิทธิพลทางความคิดที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุต่อการกระทำกิจกรรม และต่อภาวะการณ แวดล้อมรอบตัว ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรม/การออกกำลังกาย / กิจวัตรประจำวัน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวแปรอิทธิพลทางความคิดทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2.2.2 การวัดอิทธิพลทางความคิด

จากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดวัดอิทธิพลทางความคิด พบว่ามีนักวิชาการได้นำแบบอิทธิพลทางความคิดของ Pender (2006, 2011) มาใช้ในงานวิจัย เช่น นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ได้นำแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง และการรับรู้ความสามารถของตนในการสร้างเสริม

สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ ไม่นั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.94, 0.92 และ 0.80 ตามลำดับ และ สุชาดา ใจเชื้อ (2560) ได้นำแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดัดแปลงจาก แพนนี่ ตริวิเชียร (2552) ที่ใช้แนวคิดของ Pender (2006) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 10, 12 และ 12 ข้อ ตามลำดับ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88, 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ

และจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง และกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น Giena และคนอื่น ๆ (2018) ได้นำแบบวัดการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ได้ดัดแปลงจากแนวคิด Murdaughwdeed และ Verran (1987) ส่วนแบบวัดการรับรู้ความสามารถของของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงได้ดัดแปลงจากแนวคิดของ Becker และคนอื่น ๆ (1993) มีข้อคำถามทั้งหมด 12, 12 และ 14 ข้อ ตามลำดับ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อย ๆ และเป็นประจำสม่ำเสมอ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สอดคล้องภายใน 0.764, 0.744 และ 0.811 ตามลำดับ และปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) ได้นำแบบวัดการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ดัดแปลงจากวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Pender (2006) ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ และ 7 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ดัดแปลงจากวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Bandura (1997) ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 4 ระดับ คือ ไม่นั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจมาก และ มั่นใจมากที่สุด ได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.90, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้อิทธิพลทางความคิดของ Pender (2006, 2011) ร่วมกับแบบวัดของปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย (2559) และ สุชาดา ใจเชื้อ (2560) นำมาสร้างข้อคำถาม โดยวัดองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้

ประโยชน์ของการกระทำ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง และส่วนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจ มั่นใจมาก และ มั่นใจมากที่สุด

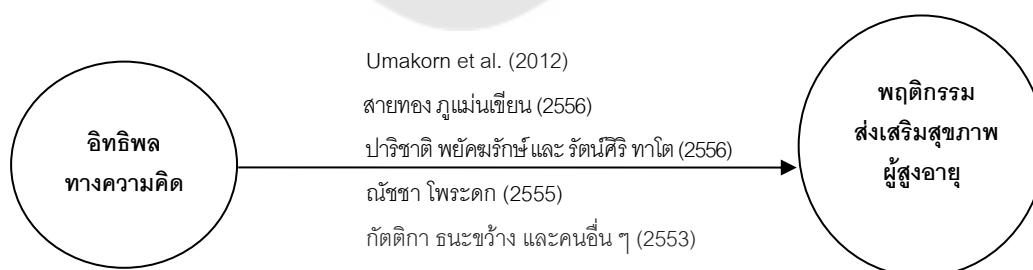
2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลทางความคิด

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าวิจัยส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดของ Pender (2006, 2011) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั่ว ๆ ไปของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง และ โรคหัวใจ เช่น กัตติกา ธนะขำ และคนอื่น ๆ (2553) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.54, 0.53$ และ 0.53 ; $p < 0.05$) และ ณัฏชา ไพระดก (2555) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิกในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ชายวัยกลางคนอายุระหว่าง 40–59 ปี ในชุมชน จำนวน 210 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิกใน ชุมชน ($r = 0.464, 0.226$; $p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -0.316$, $p < 0.001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และอายุร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคนกลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิกในชุมชน ได้ร้อยละ 30.9

และการศึกษาของ Jaiyungyuen และคนอื่น ๆ (2012) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.590$; $p < 0.01$) และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ($\beta = 0.527$) และปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีคะแนนความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน จำนวน 259 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้

ประโยชน์ และ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ($r = 0.439, 0.364$ และ 0.389 $p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ($r = -0.387, p < 0.01$) และตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 29 และการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ($\beta = 0.16, 0.15, 0.25$ และ -0.14) สอดคล้องกับ สายทอง ภูม่นเขียน (2556) การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ จำนวน 67 ราย พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.836, 0.524, p < 0.01$)

จากการประมวลเอกสารข้างต้น แสดงให้เห็นว่าตัวแปรด้านอิทธิพลทางความคิด มี 3 องค์ประกอบ คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่าการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการวิจัยในครั้งนี้ สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นทางความสัมพันธ์ได้ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลทางความคิดและพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพ

2.3 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจ

2.3.1 ความหมายและองค์ประกอบของความไว้วางใจในทีมสุขภาพ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจ

Mayer, Davis, และ Schoorman (1995, p. 717) ได้สรุปว่า การเกิดความไว้วางใจของบุคคล จะมีทั้งหมด 3 ปัจจัย คือ ความสามารถ (Ability) ความเมตตากรุณา (Benevolence) และความซื่อสัตย์ (Integrity) สามารถอธิบายการเกิดความไว้วางใจได้ดีที่สุด โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ 1) ความสามารถ (Ability) เป็นเรื่องของทักษะ ความรู้และพฤติกรรม ซึ่งความสามารถเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไว้วางใจ และเป็นลักษณะที่ปรากฏอยู่ในตัวของผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ 2) ความเมตตากรุณา (Benevolence) เป็นการแสดงออกของผู้ที่ได้รับ ความไว้วางใจที่ต้องการจะช่วยเหลือผู้ที่มอบความไว้วางใจ ถึงแม้ว่าผู้ที่มอบความไว้วางใจจะไม่ได้ขอความช่วยเหลือ และไม่ได้ต้องการรางวัลจากผู้ที่ยอมมอบความไว้วางใจ และ 3) ความซื่อสัตย์ (Integrity) เป็นการยึดมั่นในหลักการ จริงใจ ใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ กระทำได้อย่างเหมาะสมตรงไปตรงมา และความซื่อสัตย์ของผู้ที่ได้รับ ความไว้วางใจ

บุคลากรทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพ อื่น ๆ ที่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลและเป็นการเพิ่มความ ร่วมมือในการรักษา (Sabaté, 2003) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและการมีความเห็นร่วมกันใน การตั้งเป้าหมายของการรักษาโดยอาศัยความเชื่อมั่นและไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Fuentes, Toporovsky, Reyes, & Osborne, 2017) ทำให้เกิดความไว้วางใจในบุคลากรทีมสุขภาพ (trust in health care provider) ซึ่งเป็นความรู้สึของผู้ป่วยที่มีการยอมรับและเชื่อมั่นในบุคลากรทีม สุขภาพ ในการรับข้อมูลด้านสุขภาพทั้งในด้านบวกและในด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือใน แผนการรักษา การให้คำปรึกษาแนะนำ และให้การเคารพสิทธิของบุคคล (สุรพล พยอหม่, 2556; Pellegrini, 2017)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มี 4 รูปแบบ (Ezekiel, Emanuel, & Linda, 1992) ดังนี้ คือ

1. Paternalistic model บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจในการเลือก แผนการรักษาให้ผู้ป่วย
2. Informative model บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลแล้วให้ผู้ป่วย เป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผน การรักษา
3. Interpretive model บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้อธิบายถึงประโยชน์ของ แผนการรักษาแล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

4. Deliberative model บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้อธิบายให้กับผู้ป่วยได้เห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ แล้วให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมที่จะเลือกวิธีหรือแผนการรักษาที่ดีที่สุด

ความหมายของความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

ความไว้วางใจเป็นจุดเริ่มต้นของการเพิ่มในการสนับสนุนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เกิดความเต็มใจในการให้ความร่วมมือ และทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ก็ตามจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อมีความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ ได้มีนักวิชาการได้ความหมาย เช่น Mayer, Davis, และ Schoorman (1995, p. 712) กล่าวว่า ความไว้วางใจ หมายถึง ความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงในการกระทำของอีกฝ่าย บนพื้นฐานของความคาดหวังว่าผู้นั้นจะกระทำในสิ่งที่ เป็นผลดีต่อเรา โดยที่ไม่ได้คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุม และจุ เจริญลาภ (2548) ความไว้วางใจ หมายถึงความเชื่อ ความเชื่อมั่น หรือความคาดหวังของผู้มารับบริการที่มีต่อผู้ให้บริการ ความไว้วางใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อความคาดหวังนั้นได้รับการสนองตอบหรือเป็นจริง แต่ความไว้วางใจจะลดลง เมื่อความคาดหวังนั้น ไม่ได้รับการสนองตอบหรือสนองตอบได้ในระดับต่ำกว่าที่คาดหวัง ส่วนของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2556) ความไว้วางใจ หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือความคาดหวังในทางบวกต่อบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นคำพูด การกระทำหรือการตัดสินใจที่จะกระทำตามสมควรแล้วแต่โอกาส และเต็มใจที่จะยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุม และได้มีนักวิชาการได้ความหมายความไว้วางใจบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น ศุภรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551) ความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึก หมายถึงความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ในการผ่าตัด และระงับความรู้สึก บนพื้นฐานของความคาดหวังหรือความเชื่อมั่นว่าทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกจะกระทำในสิ่งที่ เป็นผลดี เกี่ยวกับความปลอดภัย และประสิทธิภาพในการรักษาโดยที่ไม่ได้คำนึงถึงการตรวจสอบหรือควบคุม และเกศริน ศรีเพชร (2562) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพหมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการทำถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ มีความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อใจ และมีความผูกพันกับบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ

สรุปได้ว่าความไว้วางใจในทีมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ความคาดหวัง และความผูกพันของผู้มารับบริการที่มีต่อทีมสุขภาพ ในเรื่องคำพูด การกระทำหรือการตัดสินใจ และมีความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุม

2.3.2 การวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดวัดความไว้วางใจ พบว่ามีนักวิชาการได้นำแบบวัดความไว้วางใจในแพทย์ (Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson และ Dedrick (1990) มาใช้ในงานวิจัย เช่น Marcinowicz และคนอื่น ๆ (2017) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รอตรวจพบแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอก ได้ใช้แบบวัดความไว้วางใจในแพทย์ (TPS) มีข้อคำถาม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.90 และทัศนทิภา เรืองทิพย์ และคนอื่น ๆ (2559) ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง นำแบบวัดความไว้วางใจในแพทย์ (TPS) มาแปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถาม 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.79 มีความไว้วางใจในทีมสุขภาพระดับปานกลาง และพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และสุปริญญา พรหมมาลุน และคนอื่น ๆ (2560) ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้นำแบบวัดความไว้วางใจในแพทย์ (TPS) มาแปลเป็นภาษาไทย ข้อคำถาม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.77 มีความไว้วางใจในทีมสุขภาพระดับปานกลาง และร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 19.5 และเกศริน ศรีเพ็ชร (2562) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้ใช้แบบวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยในทีมสุขภาพ (TPS) ที่ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย สุปริญญา พรหมมาลุน และคนอื่น ๆ (2560) มีจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.74 พบว่ามีความไว้วางใจในทีมสุขภาพระดับมาก และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา

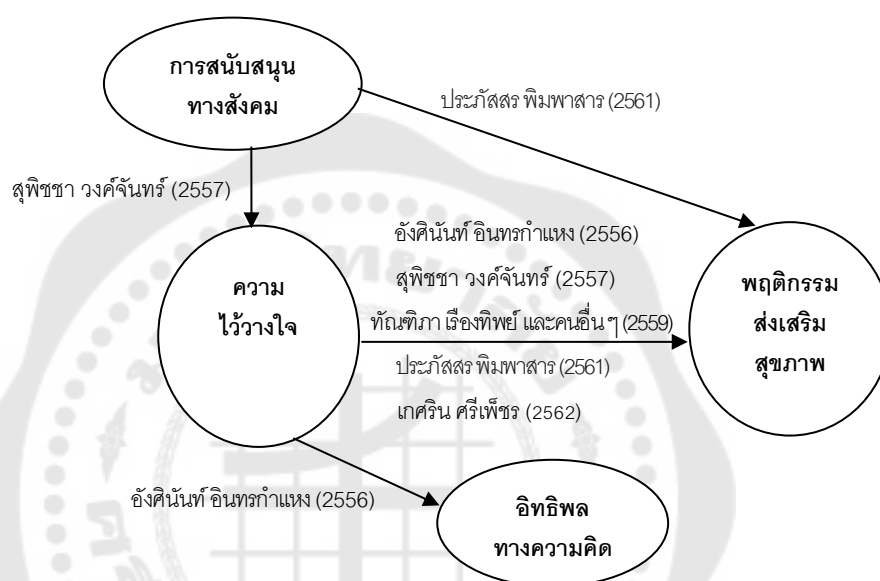
ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบวัดความไว้วางใจในแพทย์ (TPS) ของ Anderson และ Dedrick (1990) ร่วมกับแบบวัดของ ทัศนทิภา เรืองทิพย์ และคนอื่น ๆ (2559) และแบบวัดของ Marcinowicz และคนอื่น ๆ (2017) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามแบบวัดความไว้วางใจในทีม

สุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ทำการวัดเป็นแบบวัดเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยมากที่สุด ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีความไว้วางใจในทีมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

จากงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) พฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้บริการ 87 คน และผู้รับบริการ 412 คน พบว่า ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ($\beta = 0.160$) ร่วมทำนายการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 26.6 และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ($\beta = 0.181$) ร่วมทำนายการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน ได้ร้อยละ 49.40 สอดคล้องกับ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) อิทธิพลของตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่มีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จำนวน 442 คน พบว่า ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ($\beta = 0.06$) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีนักวิชาการได้ศึกษาในกลุ่มโรคหัวใจพบว่า ทักษะ ทักษะ ทักษะ และคนอื่น ๆ (2559) ความไว้วางใจในทีมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 120 ราย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ได้ร้อยละ 17.8 สอดคล้องกับ ประภัสสร พิมพาสาร (2561) สัมพันธภาพในครอบครัว ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 116 คน พบว่าความไว้วางใจในทีมสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเกศริน ศรีเพชร (2562) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 177 คน พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือด

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าความไว้วางใจที่มสุขภาพ เป็น ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความไว้วางใจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง นอกจากนั้นและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านความไว้วางใจ ดังนั้นจึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ และสามารถเขียนแผนภาพแสดงเส้นทางความสัมพันธ์ดังกล่าวประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลทางความคิด ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 การสนับสนุนทางสังคม

2.4.1 แนวคิด ความหมายและองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่กว้าง และมีพื้นฐานมาจากทางด้านสังคมและจิตวิทยาที่ได้มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยทั่วไปสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคมที่ทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) มีการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้รู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงและปลอดภัย (Caplan, 1974) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ในด้านการปรับความรู้สึกนึกคิดของบุคคล

ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553) บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งวัตถุ สิ่งของ กำลังใจและการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างทั้งใกล้ชิดและเกี่ยวข้องสัมพันธ์ เพื่อจะทำให้รู้สึกมีคุณค่า มีพลังที่จะกระทำการต่าง ๆ ได้ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) และสอดคล้องกับ ภัทรา ชุริค (2560) การมีปฏิสัมพันธ์ในด้านอารมณ์ สังคม วัตถุสิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร จะสนับสนุนให้บุคคลและกลุ่มบุคคล มีความตระหนัก ทำให้สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

มีนักวิชาการ ได้จำแนกกลุ่มสนับสนุนทางสังคม เช่น ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ อนัญญา ปิ่นแก้ว (2558) ได้แบ่งกลุ่มสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมในผู้สูงอายุ เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเครือข่ายครอบครัวและญาติ ประกอบด้วย พ่อ แม่ บุตรหลานของผู้สูงอายุและเครือข่ายญาติอื่น ๆ ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ 2) กลุ่มเครือข่ายเพื่อน เพื่อนบ้าน ซึ่งมีทั้งผู้คนวัยเดียวกัน และต่างวัยกับผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคม 3) กลุ่มเครือข่ายผู้นำชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและผู้นำชุมชนที่ไม่เป็นทางการ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ หรือบุคคลในชุมชนที่เป็นที่ยอมรับนับถือ เช่น พระสงฆ์ ครู และ 4) กลุ่มเครือข่ายนักวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีหน้าที่หลักในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในเรื่องสุขภาพ ถ่ายทอดข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ในขณะที่ ภัทรา ชุริค (2560) ได้แบ่งกลุ่มสนับสนุนสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มปฐมนิคม มีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ประกอบด้วย ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง 2) กลุ่มทุติยนิคม มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ประกอบด้วย บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ความหมายและองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม เช่น Pender (1996) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ รักและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยังเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และการสนับสนุนจากกลุ่มคนในของสังคมนั้น ๆ ในด้านจิตใจ อารมณ์ สิ่งของ และคำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และ ดุจดือน พันธุมนาวัน (2548) การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสองคนในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การแสดงความรัก เห็นใจ ความเป็นห่วงเป็นใย และการยอมรับ ด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับการทำงาน ข้อมูลย้อนกลับ การให้รางวัล-ลงโทษ และการกล่าวติชม และด้านวัตถุประสงค์รวมทั้งทรัพยากร งบประมาณ และแรงงาน เช่น การให้เงิน สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับพินนภา แสงสาคร, อรพินทร์ ชูชม, และ พรรณี บุญประกอบ (2555) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ความรัก เอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้การปรึกษารวมถึงให้การยอมรับ และให้การช่วยเหลือต่าง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด เรียนรู้ว่าตนเองมีชีวิตอย่างมีเป้าหมาย และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2558) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคลมีการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงานให้ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ทั้งในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ เช่น ยุพา ทองสุข (2559) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การแสดงออกถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคมทางสังคมมีความผูกพันใกล้ชิด เอาใจใส่ มีการแสดงออกถึงการยอมรับนับถือรู้สึกเห็นคุณค่าการที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรือด้านอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ สุชาติา ใจเชื้อ (2560) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับการช่วยเหลือ เอาใจใส่ การได้รับความรักจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน และทีมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนหนึ่งในสังคม และช่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้ และชนะ สมัครการ (2560) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับเป็นบุคคลมีคุณค่าในสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่มีประโยชน์ การได้รับการช่วยเหลือทางการเงินและแรงงานจากครอบครัวและเพื่อน จะเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

มีนักวิชาการ ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ไว้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคน โดยมีรายละเอียดดังนี้ เช่น Schaefer และคนอื่น ๆ (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การช่วยให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นใจเชื่อมั่นว่าตนเองได้รับความรัก ความผูกพันใกล้ชิดและความไว้วางใจ ทำให้มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Tangible

support) การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ เงินทองหรือการช่วยเหลือด้านแรงงานและบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลนั้น 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลสารสนเทศ (Information support) การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตนที่เผชิญอยู่ สอดคล้องกับ Thoits (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) การช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้น สามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำ และข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) 3) การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ Jacobson (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การดูแลเอาใจใส่ ทำให้รู้สึกสบายใจและเชื่อว่ามิบุคคลยกย่องเคารพนับถือ หรือมีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่แสดงถึงความเอาใจใส่ 2) การสนับสนุนทางด้านการรู้คิด (Cognitive support) การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ และสามารถปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลง และ 3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Material support) การช่วยเหลือในบริการต่าง ๆ หรือสิ่งของที่จะช่วยแก้ปัญหา

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

2.4.2 การวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น รุจิรวงศ์ แยกทอง (2549) การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนครปฐม ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Schaefer และคนอื่น ๆ (1981) จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และ มาก ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88 และ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศ ได้พัฒนาแบบวัดการได้รับสนับสนุนทางสังคม จำนวน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง 0.663 – 0.860 ด้านสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ จำนวน 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง 0.661–

0.870 และด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักตัวแปรในองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง 0.712–0.789 รวมทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.90 และ กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ได้รับน้อยที่สุด ได้รับน้อย ได้รับปานกลาง ได้รับมาก และได้รับมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.97 พบว่า ชุมชนมีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เจ็บป่วย เช่น สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) อิทธิพลทางจิตสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้พัฒนาแบบวัดจากแนวคิดของ House (1981) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ อุปกรณ์และเงินทอง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ ได้ปรับข้อคำถาม 30 ข้อ เหลือ 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริงเลย จนถึงจริงที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.937 และ วิภาพร ลีเลิศมงคลกุล (2555) การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคนอื่น ๆ (1981) ได้แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Hanucharumkul (1988) ประกอบด้วยการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพ ข้อคำถาม มี 21 ข้อ แต่ละหมวดมีคำถาม 7 ข้อ ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากรและการช่วยเหลือ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ได้รับการช่วยเหลือเลยจนถึงได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.79 และ มุจรินทร์ พุทธเมตตา (2557) การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคนอื่น ๆ (1981) ที่พัฒนาโดยรุจิรางค์ แยกทอง (2549) จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และ มาก ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคนอื่น ๆ (1981) มาศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับแบบวัดของรุจิรวงศ์ แยกทอง (2549) ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554) สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) และ กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560) นำมาสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ทำการวัดเป็นมาตราประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

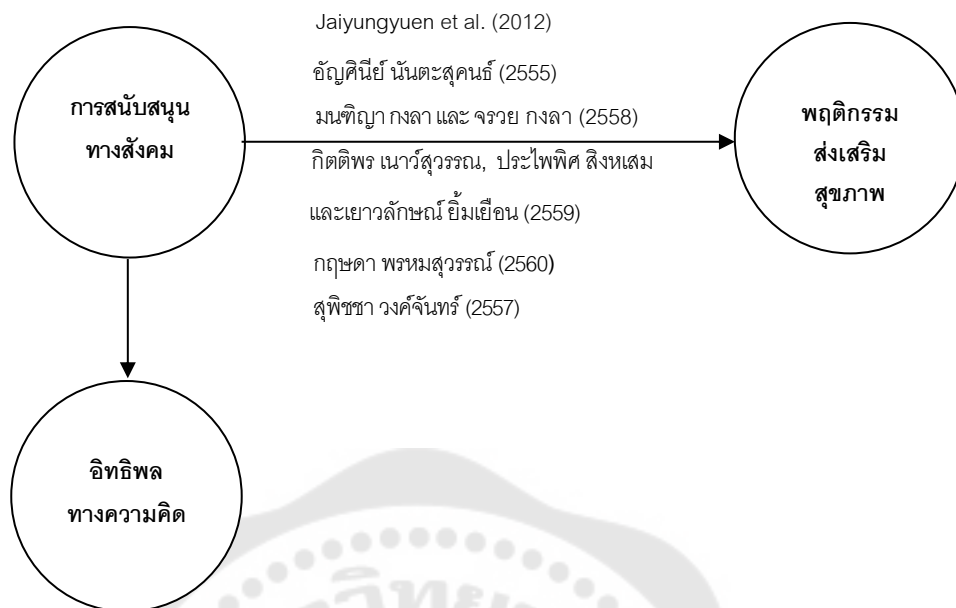
2.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และ ทีมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) อิทธิพลของตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่มีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จำนวน 442 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ($\beta = 0.27$ และ 0.95) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจากการศึกษาของ มนทิญา กงลา และ จรวย กงลา (2558) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 116 คน พบว่า การเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพและด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ($r = 0.382, 0.310, p < 0.001$) และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.435, 0.468; p < 0.001$) สอดคล้องกับ กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองไม้แก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น จำนวน 225 คน พบว่า ชุมชนมีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุมี และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.217, 0.313; p < .01$)

จากการศึกษาของ Jaiyungyuen และคนอื่น ๆ (2012) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 คน พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรค

ความดันโลหิตสูง ($r = 0.38, 0.59; p < 0.01$) และร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ 38 % ส่วนการสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ($\beta = 0.196$ และ 0.527) และอัญศิณี นันตะสุนทร (2555) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 104 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r = 0.320, 0.256; p < .01$) และยังสอดคล้องกับ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคนอื่น ๆ (2559) ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับที่แพทย์วินิจฉัยว่าไม่เป็นอันตราย จำนวน 138 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = 0.543; p < 0.01$) สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 29.5

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวชุมชนและทีมสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่ออิทธิพลทางความคิด ดังนั้นจึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ และสามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นทางความสัมพันธ์ ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลทางความคิด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2.5 เพศกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

มีนักวิชาการ ได้สังเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เช่น จรัญญา จันทรพิณ, จอม สุวรรณโณ, และทัศนศรี เสมียนเพชร (2554) ได้จำแนกปัจจัยเสี่ยงออกได้ เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือปัจจัยเสี่ยงหลัก มี 6 ปัจจัยคือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อายุ ระดับไขมันคอเลสเตอรอลสูง และการสูบบุหรี่ และ ปัจจัยเสี่ยงรอง มี 4 ปัจจัย คือ น้ำหนักตัวเกิน มีกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวน้อย ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง และการดื่มแอลกอฮอล์ และยังพบว่าผู้หญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับผู้ชาย แต่ปัจจัยเสี่ยงรองในด้านน้ำหนักตัวเกิน และการทำกิจกรรมการออกแรงเคลื่อนไหว เนื่องจากปัจจัยด้านการดำรงชีวิตของผู้หญิงที่มีความแตกต่างจากผู้ชาย ซึ่งสอดคล้องกับ ณัฐวิวรรณ พันธุ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และ สราญรัตน์ ลัทธิ (2561) และปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในคนไทยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.2 ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.5 เบาหวาน ร้อยละ 50.7 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 32.1 และครอบครัวมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9.3 จะเห็นได้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น อายุ และเพศ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เช่น อายุ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งผลทำให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น อาการของโรคจะเกิดขึ้นอายุ 40 ปีขึ้นไป และ

พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันอายุเกิน 65 ปี และในอายุ ที่มากขึ้นผู้หญิงจะเสียชีวิตจากภาวะการหยุดเต้นของหัวใจอย่างกะทันหัน (heart attack) ได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย (Mendis, Puska, & Norrving, 2011) และเพศหญิงในวัยหมดประจำเดือนหรือได้รับการผ่าตัดเอารังไข่ออกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับเพศหญิงที่ยังไม่หมดประจำเดือน (อภิชาติ สุนทรสรรพ, 2557)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพมาจากความเสื่อมสภาพ โดยพบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ 5 อันดับแรก ในผู้สูงอายุชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคมะเร็งตับ ส่วนในผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า:ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.1 โรคอ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ตร.ม.) ร้อยละ 35.4 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 49.4 และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 46.8 (กรมการแพทย์, 2558) สอดคล้องกับวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 57.02, 23.68 และ 17.54 ตามลำดับ และทิพย์กมล อิสลาม (2557) ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.58 คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ และโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการยอมรับ และการปรับตัวให้ได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ตนเองนั้นดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ได้มีนักวิชาการได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ทั้งเพศหญิงและชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทั้งในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีการเจ็บป่วย และด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557; ภรณ์ ตั้งสุรัตน์ และ วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์, 2558) ซึ่งขัดแย้งกับสุชาดา ใจชื่อ (2560) ศึกษาในผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทั้งในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับสูง และยังพบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ ภรปภา จันทรศรีทอง (2559) การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรค

หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก และผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความขัดแย้งกับ ภรณ์ ตั้งสุรัตน์ และ วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์ (2558) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ชุตินา สิ้นชัยวนิชกุล (2559) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\eta^2 = .484$)

ส่วนที่ 3 กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

3.1 กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

3.1.1 แนวคิด ความหมายและองค์ประกอบกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

แนวคิดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1983 โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ได้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และถูกนำไปใช้อย่างต่อเนื่องจนสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เรียกว่า Transtheoretical Model of International Behavior Change ซึ่งเป็นสาขาทางจิตวิทยาสุขภาพ (Health Psychology) (Horwath, 1999 อ้างถึงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560, น. 129) ได้อธิบายหรือทำนายความสำเร็จและล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาในงานวิจัยอย่างต่อเนื่องมาร่วม 20 ปี นำไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายการควบคุมแม้บุคคลนั้นยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนก็ตาม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งพฤติกรรมที่เรียบง่ายและซับซ้อน เช่น การเลิกบุหรี่ การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การตรวจเต้านม การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การรับประทานอาหาร เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลตามรูปแบบทฤษฎีโอเรทิคอล ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change) 2) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) 3) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรมเพื่อการตัดสินใจ (Decisional balance) 4) ความมั่นใจใน

ความสามารถของตัวเอง (Self efficacy) และ 5) มีความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (Habit strength / temptation) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560, น.129-130)

องค์ประกอบโครงสร้างของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) มี 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1. **ขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change)** ระดับขั้นความพร้อม หรือความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Prochaska & Velicer, 1997) ซึ่งมีอยู่ 6 ขั้น คือ ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation stage) ขั้นลังเลใจ (Contemplation stage) ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation stage) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action stage) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance stage) และการกลับไปมีปัญหซ้ำ (Relapse)

2. **กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง (Processes of change)** เป็นกลวิธี/เทคนิคที่ใช้ความรู้สึกนึกคิด หรือประสบการณ์และเทคนิคในการปรับพฤติกรรมที่จะนำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการขยับผ่านขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 6 ขั้น และ Prochaska และ Velicer (1997) ได้อธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายถึง การเปลี่ยนความเชื่อ ความคิด กิจกรรมหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่จะพยายามปรับพฤติกรรม ซึ่งกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กระบวนการเชิงประสบการณ์ (experiential processes) ประกอบด้วย การเพิ่มความตระหนักรู้ การปลดปล่อยอารมณ์ การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม การไตร่ตรองตนเอง และการปลดปล่อยทางสังคม และ 2) กระบวนการเชิงพฤติกรรม (Behavioral processes) ประกอบด้วย การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล การให้การเสริมแรง ความมีอิสระในตนเอง และการควบคุมสิ่งเร้า (พรรณี ปานเทวัญ และ อายุพร ประสิทธิเวชชากร, 2557) ทั้งนี้ในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเสี่ยงเป็นการเปลี่ยนความเชื่อ ความคิด กิจกรรมหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในการพยายามที่จะปรับพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

3. **ความมั่นใจเฉพาะอย่าง (Self efficacy)** เป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ ซึ่งกลุ่มบุคคลที่อยู่ในขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) และขั้นลังเลใจ (Contemplation) จะมีการรับรู้ความสามารถของตนน้อยกว่ากลุ่มบุคคลที่อยู่ในขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) และขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ส่วนกลุ่มบุคคลที่อยู่ในขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) จะมีความมั่นใจเฉพาะอย่าง

4. **ดุลภาพในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Decisional balance)** การที่บุคคลประเมินความสมดุลระหว่างผลดี-ผลเสีย (Pros-cons) ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย เช่น การออกกำลังกาย การประเมินดุลภาพในการตัดสินใจจะช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นความพร้อมในการออกกำลังกายไปสู่ระดับที่สูงขึ้น (Spencer, Adams, Malone, Roy, & Yost, 2006)

5. **ระดับความเคยชินและสิ่งล่อใจ (habit strength/ temptation)** ความเคยชินหมายถึง การกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ หลายครั้งในอดีต กระทำโดยอัตโนมัติไม่ต้องอาศัยการบังคับควบคุม โดยพฤติกรรมนั้นต้องมีลักษณะที่เป็นพิเศษแตกต่างจากพฤติกรรมทั่วไป โดยระดับความเคยชินจะวัดการเข้าเป้าหมายที่เราต้องการ ส่วนสิ่งล่อใจเป็นการวัดพฤติกรรมหรือสิ่งที่กระตุ้นให้ทำพฤติกรรมที่เราต้องการจะทำ

ความหมายและองค์ประกอบกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

Prochaska และ Velicer (1997) ได้ให้ความหมายของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง (Processes of change) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการเปลี่ยนความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด หรือประสบการณ์ และกระบวนการทางพฤติกรรม โดยใช้กลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านจากขั้นหนึ่งไปยังอีกขั้นหนึ่งได้ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 10 องค์ประกอบ คือ 1) การเพิ่มความตระหนักรู้ 2) การปลดปล่อยอารมณ์ 3) การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม 4) การไตร่ตรองตนเอง 5) การปลดปล่อยทางสังคม 6) การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม 7) สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล 8) การให้การเสริมแรง 9) ความมีอิสระในตนเอง และ 10) การควบคุมสิ่งเร้า และมีนักวิชาการได้นำแนวคิดนี้ มาศึกษาในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้ให้ความหมายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการหรือ กิจกรรมหรือวิธีการที่บุคคลใช้ในการที่พัฒนาให้ก้าวไปยังขึ้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ไปสู่ระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจะมีความเฉพาะเจาะจงกับลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง มีทั้งหมด 10 องค์ประกอบ (มนต์ดวงพัฒน์ อุ่นพรมมี และ สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, 2552; กุลธิดา พานิชกุล และ อติพร สำราญบัว, 2556; อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, 2559; กรฎา มาตยากร, 2559; บุญฤทธิ์ สัตกุล และคนอื่น ๆ, 2560) ได้ให้ความหมายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง กระบวนการหรือกลวิธีเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ ทั้ง 10 องค์ประกอบ (ญาณินท์ ศรีทองเมือง, 2549; พรรณี ปานเทวัญ และ आयुพร ประสิทธิ์เวชชากร, 2557; Wongsang, 2012)

กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง มี 10 องค์ประกอบ ดังนี้ (Prochaska, Norcross, Diclemente, 2006; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560, น. 141-142)

1. การเพิ่มความตระหนักรู้ หมายถึง การเริ่มต้นกระตุ้นให้ตนเองแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ การสร้างความเข้าใจ การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงปัญหาด้านสุขภาพจากการสังเกต จากการอธิบายให้เข้าใจ การตีความหมาย ศึกษาเอกสารแผ่นพับหรือสื่อต่าง ๆ
2. การปลดปล่อยอารมณ์ หมายถึง การใช้ประสบการณ์และการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ให้เกิดความอยากแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงบทบาทสมมติ
3. การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การพิจารณาและประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหาส่งผลต่อร่างกายและสภาพแวดล้อมทางสังคม และวิเคราะห์ข้อเท็จจริงตามธรรมชาติ
4. การไตร่ตรองตนเอง หมายถึง การประเมินคุณค่า/ประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง และการรู้คิดที่เป็นกลางถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง การทบทวนค่านิยมของตนเอง การทบทวนประสบการณ์ทางอารมณ์บนพื้นฐานความถูกต้อง
5. การปลดปล่อยทางสังคม หมายถึง ความตระหนักที่จะหลุดพ้นต่อการถูกกดขี่ทางสังคม และการยอมรับของสังคม การมีวิถีชีวิตที่อิสระจากการถูกควบคุมโดยสังคมที่เป็นปัญหา การให้พลังอำนาจตนเองที่เหมาะสม
6. การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม หมายถึง การหาทางเลือกอื่นทดแทนเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และให้ประกาศกับตนเองในเชิงบวกเพื่อป้องกันถูกชักชวนไปมีพฤติกรรมเสี่ยง
7. สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล หมายถึง การติดต่อสื่อสารเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพใหม่หรือเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
8. การให้การเสริมแรง หมายถึง การให้รางวัลกับตนเองหรือการชื่นชมตนเองรับรางวัลจากผู้อื่น เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ให้การเสริมแรงและลงโทษ การชื่นชม
9. ความมีอิสระในตนเอง หมายถึง ทางเลือกและคำสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงความเชื่อในความสามารถที่เปลี่ยนพฤติกรรมได้ การตัดสินใจเด็ดขาดโดยใช้เทคนิคการให้สัญญา และเทคนิคการแสดงสัญลักษณ์ของตนเอง

10. การควบคุมสิ่งเร้า หมายถึง การควบคุมสถานการณ์และสาเหตุอื่น ๆ ที่นำมาสู่พฤติกรรมที่เป็นปัญหา การส่งเสริมพฤติกรรมทางเลือก การปรับสภาพแวดล้อมใหม่ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

สรุปได้ว่า กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดและการกระทำหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการเปลี่ยนแปลงมีทั้งวิธีการ เทคนิคที่หลากหลายที่นำไปสู่ความสำเร็จของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด มี 10 องค์ประกอบ คือ 1) การเพิ่มความตระหนักรู้ 2) การปลดปล่อยอารมณ์ 3) การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม 4) การไตร่ตรองตนเอง 5) การปลดปล่อยทางสังคม 6) การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม 7) สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล 8) การให้การเสริมแรง 9) ความมีอิสระในตนเอง และ 10) การควบคุมสิ่งเร้า

3.1.2 การวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) ของ Prochaska และ Velicer (1997) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้ (Overt activities) และสังเกตไม่ได้ (Covert activities) ซึ่งบุคคลใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรม (พรหมณี ปานเทวัญ และ อายุพร ประสิทธิเวชชากร, 2557) สามารถวัดผลในเชิงประจักษ์ได้ดีกว่าทฤษฎีอื่น ๆ เนื่องจากบุคคลผู้ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องมีความตั้งใจ ความพร้อมและความมั่นใจ ซึ่งเป็นคุณลักษณะ เฉพาะทางจิตวิทยาและการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคล และการประเมินผลกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งสามารถนำมาสร้างมาตรวัด เพื่อกำหนดค่าของระดับของตัวแปรในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Hall & Rossi, 2004; Xiao & Wu, 2006; ปิยะพล ทงอาจ, 2560)

การพัฒนาระบวนของการเปลี่ยนแปลง ตามแนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) ของ Transtheoretical Model (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992; Fava, Rossi, Velicer, & Prochaska, 1991) อังคินันท์ อินทรกำแหง นำมาแปลและปรับปรุงเป็นแบบวัดกระบวนการนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มภาวะน้ำหนักเกิน มีทั้งหมด 10 ขั้นตอน ข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่จริง จริงบ้าง จริง และ จริงมาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในทั้งฉบับ 0.946 และ Karintrakul (2016) ได้พัฒนาแบบวัดกระบวนการนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดน้ำหนัก P-Weight มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตรวัด

แบบลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95

มีนักวิชาการได้มีการพัฒนาแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่น อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2559) นำไปปรับปรุงแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ กุลธิดา พานิชกุล (Panidchakul, 2003) ที่ได้พัฒนาแบบวัดการเคลื่อนไหวออกแรงเพื่อสุขภาพมาจาก ศูนย์วิจัยโรคมะเร็ง มหาวิทยาลัยโรสไฮแลนด์ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย มีทั้งหมด 10 ขั้นตอน ข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำหรือรู้สึกหรือคิด ทำหรือรู้สึกหรือคิดนาน ๆ ครั้ง ทำหรือรู้สึกหรือคิดบางครั้ง ทำหรือรู้สึกหรือคิดบ่อยครั้ง และทำหรือรู้สึกหรือคิดเป็นประจำ มีความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 ส่วนของ Farmanbar และคนอื่น ๆ (2014) นำไปปรับปรุงแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประเทศอิหร่าน ของ Nigg และคนอื่น ๆ (1999) มีทั้งหมด 10 ขั้นตอน ข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำหรือรู้สึกหรือคิด ทำหรือรู้สึกหรือคิดนาน ๆ ครั้ง ทำหรือรู้สึกหรือคิดบางครั้ง ทำหรือรู้สึกหรือคิดบ่อยครั้ง และทำหรือรู้สึกหรือคิดเป็นประจำ มีความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และการศึกษาของ Liangchawengwong และคนอื่น ๆ (2013) ได้พัฒนาแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงการออกกำลังกายในผู้ใหญ่ไทยตอนต้น มาจาก Nigg และคนอื่น ๆ (1999) มีทั้งหมด 10 ขั้นตอน ข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า มี 5 ระดับ คือ ไม่ใช่เลย ใช้นิดหน่อย ใช้อย่างน้อย ใช่มากที่สุด ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.94 และกรฎา มาตยากร (2559) ได้นำแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของ Nigg และ Riebe (2002) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul (2005) มี 10 กระบวนการ ข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า มี 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย น้อยมาก บางครั้ง บ่อย เป็นประจำ มีความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.83

และมีนักวิชาการได้พัฒนาแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นกีฬา เช่น ญาณินท์ ศรีทรงเมือง (2549) ได้พัฒนาแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงการเล่นกีฬานูทรี ได้ดัดแปลงแนวคิด Transtheoretical Model (Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988) ทั้งหมด 10 ขั้นตอน ข้อคำถามทั้งหมด 40 แต่ละข้อคำถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า มี 5

ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 และ Wongsang (2012) ได้พัฒนาแบบวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่ไทยที่ติดแอลกอฮอล์ มาจาก Fava, Rossi, Velicer, และ Prochaska (1991) ทั้งหมด 10 กระบวนการ ข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย เกิดขึ้นนานครั้ง เกิดขึ้นบางครั้ง เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และเกิดขึ้นเป็นประจำ ไม่เคยทำ ทำหรือรู้สึกหรือคิด มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.67 – 0.90

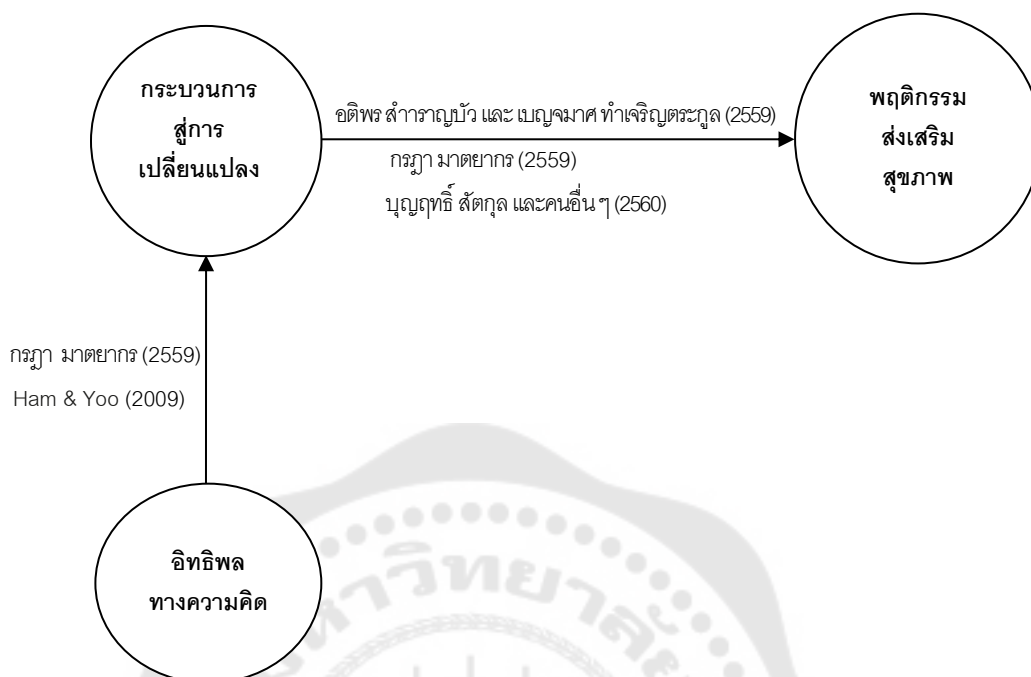
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992; Fava, Rossi, Velicer, & Prochaska, 1991) ร่วมกับแบบวัดของ Wongsang (2012) Liangchawengwong และคนอื่นๆ (2013) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ทำการวัดเป็นแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ความจริงที่ปรากฏกับฉันตั้งแต่ ไม่จริง จริงบ้าง จริง จริงมาก และจริงมากที่สุด โดยวัดทั้งหมด 10 องค์ประกอบ คือ การเพิ่มความตระหนักรู้ การปลดปล่อยอารมณ์ การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม การไตร่ตรองตนเอง การปลดปล่อยทางสังคม การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล การให้การเสริมแรง ความมีอิสระในตนเอง และการควบคุมสิ่งเร้า

3.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง พบว่ามีวิจัยส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ไปประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงที่เรียบง่ายและซับซ้อน เช่น จากการ ศึกษาของ อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมออกกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente (1983) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 283 คน พบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการรับรู้สมรรถภาพแห่งตน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และร่วมทำนายได้ร้อยละ 78.4 ส่วนการศึกษาของ Ham และ Yoo (2009) ใช้แบบจำลองเชิงพฤติกรรมในวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่ ประเทศเกาหลี จำนวน 147 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง

ในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = 0.403$; $p < 0.01$) และ กรฎา มาตยากร (2559) ได้พัฒนาโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน โดยใช้โมเดลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente (1983) ในประชาชนวัยทำงาน จำนวน 500 คน พบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง และกระบวนการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = 0.873$; 0.758 , $p < 0.01$) ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ($r = 0.810$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับบุญฤทธิ์ สัตกุล และคนอื่น ๆ (2560) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยใช้แบบจำลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของ Prochaska (1983) และ Marcos (1992) ในนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 490 คน ซึ่งแบบวัดได้พัฒนาขึ้นตามโครงสร้างของแบบจำลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จาก Boonchuaykuakul (2005) นำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสม กับการเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ พบว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น จึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการวิจัยในครั้งนี้ สามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นทางความสัมพันธ์ได้ ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดและแบบจำลองสมมติฐานการวิจัย

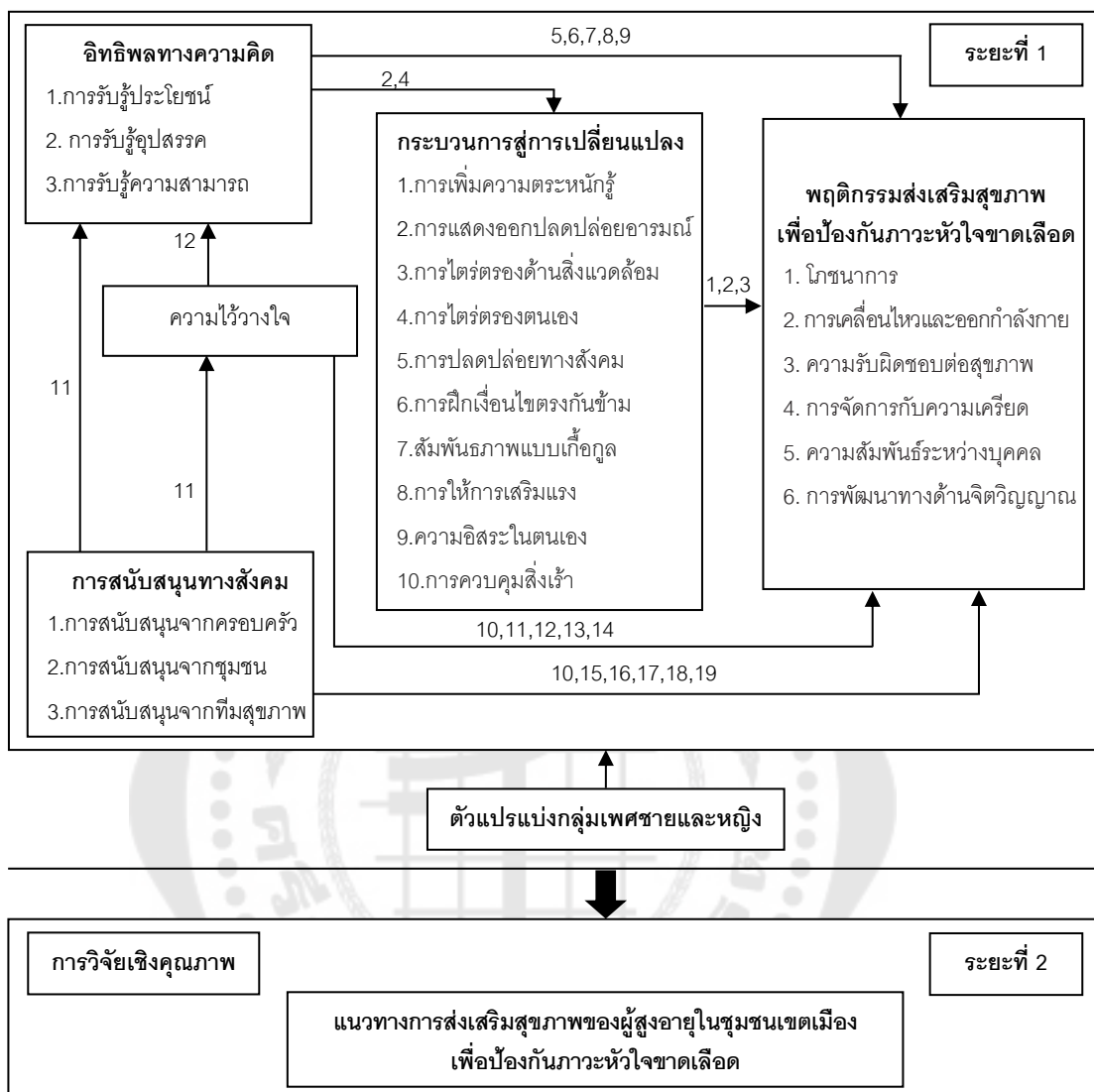
4.1 กรอบแนวคิด

ในการศึกษารูปแบบเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสร้างกรอบแนวคิดของการศึกษาเชิงปริมาณครั้งนี้โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) เป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยศึกษาตัวแปรตามซึ่งวัดจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ส่วนตัวแปรแฝงภายนอกโดยใช้อิทธิพลทางความคิดซึ่งวัดจากการรับรู้ประโยชน์ในการกระทำ การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตัวแปรส่วนบุคคลในด้านจิตวิทยาวัดจากความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และตัวแปรทางสังคมวัดจากการสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชนและการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และผู้วิจัยได้ประยุกต์โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นำตัวแปรด้านกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลมีความมุ่งมั่นและหา

วิธีการในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพใช้เป็นการตัวแปรแฝงคั่นกลางโดยวัดจากกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 10 กระบวนการ จึงสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1

และผลจากการศึกษาได้ค้นพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยนำมาศึกษาต่อในระยะที่ 2 เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำผลการวิจัยเชิงปริมาณที่พบว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ไปศึกษาต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีออกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

ผลจากการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม จะถูกนำไปสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบและหาความสอดคล้องของข้อมูล แล้วนำผลที่ได้ไปสรุปตีความร่วมกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้เกิดข้อสรุปผลการวิจัยแบบผสมวิธีที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์ทั้งในเชิงประวิสัย (Objective) และอัตวิสัย (Subjective) และทำให้ได้องค์ความรู้ที่จำเป็นและมีประโยชน์สำหรับสร้างคู่มือการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดคุณภาพประกอบ 7



1. อติพร สำราญบัว และ บุญจมาศ ทำเจริญตระกูล (2559)
2. กรฎา มาตยากร (2559)
3. บุญฤทธิ์ สัตกุล และคนอื่น ๆ (2560)
4. Ham & Yoo (2009)
5. Umakorn et al. (2012)
6. สายทอง ภูม่นเขียน (2556)
7. ปาริชาติ พัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556)
8. ณัชชา โพระดก (2555)
9. กัตติกา ธนะขว้าง และคนอื่น ๆ (2553)
10. ประภัสสร พิมพาสาร (2561)
11. สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557)
12. อังคินันท์ อินทรกำแหง (2556)
13. ทัดติภา เรืองทิพย์ และคนอื่น ๆ (2559)
14. เกศริน ศรีเพ็ชร (2562)
15. อัญฉิณี นันตะสุนทร (2555)
16. มณฑิญา กงลา และ จรวย กงลา (2558)
17. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, และเยาวลักษณ์ ยิ้มเย็น (2559)
18. กฤษดา พรหมสุวรรณ (2560)
19. Jaiyungyuen et al. (2012)

4.2 นิยามเชิงปฏิบัติการ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง การกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีห่างไกลจากภาวะหัวใจขาดเลือด มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ

1. ด้านโภชนาการ หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ด้วยการลดหวาน มัน เค็ม จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจ เช่น จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมัน และไขมันอิ่มตัวจากพืช เช่น เนย น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และควรลดอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง และหอยนางรม อาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันสูง และไม่เพิ่มรสชาติอาหารโดยใส่ผงชูรสหรือผงปรุงรส อาหารที่มีเกลือโซเดียม และที่มีรสเค็ม ให้เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ และหลีกเลี่ยงการรับประทานผักและผลไม้ที่มีรสหวานจัดและไม่ดื่มน้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีแบบแผนและกระทำซ้ำ ๆ อย่างสม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่อง ควรเคลื่อนไหวร่างกายในระดับเบาถึงปานกลาง เช่น การบริหารร่างกาย การเดินเร็ว โดยใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20-30 นาทีและขณะออกกำลังกายไม่เกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยง่ายกว่าปกติ หรือ เจ็บแน่นหน้าอก และควรเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์และบันไดเลื่อน เดินหรือปั่นจักรยานแทนการขับรถในระยะเวลาที่ไม่ไกล

3. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุในการดูแล เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง การดูแลสุขภาพ การไปพบแพทย์ตามนัดและการกระทำตามคำแนะนำของแพทย์และแผนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการแสวงหาข้อมูลข่าวสารพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การใช้ระบบบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนเพื่อนบ้าน และชุมชน ในการพบปะพูดคุยหรือแสดงความคิดเห็น และมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองนั้นมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ที่สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี

5. ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุที่มีความเชื่อ ความหวังไว้ในสิ่งที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความหวัง ความสงบสุข การให้อภัย การเตรียมความพร้อมและยอมรับสภาพของตนเอง ให้กำลังใจตนเอง ได้แก่ มีความพยายามและอดทนในการปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ การยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องสำคัญของจิตวิญญาณและเกี่ยวข้องกับชีวิต

6. ด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุเพื่อลดหรือผ่อนคลายความส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน ถนัด ชอบ หรือสนใจทำแล้วเพลิดเพลินมีความสุข เช่น นอนหลับพักผ่อน ฟังเพลงดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือ หางานอดิเรกทำ เช่น ทำสวน ปลูกต้นไม้ ตกแต่งบ้าน หรือท่องเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ หรือ พบปะ พูดคุยกับผู้อื่น และการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวหรือชุมชน ตลอดจนการปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ เพื่อให้รู้สึกสบายทั้งร่างกายและจิตใจและจะพบทวนหาสาเหตุและหาวิธีแก้ไขให้ดีขึ้น

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัด Health Promotion Lifestyle Profile 2 (HPLP-II) ของ Walker และคนอื่น ๆ (1995) มาพัฒนาร่วมกับการศึกษาแบบวัดของ ปาริชาติ พัคฆวัชร และรัตนศิริ ทาโต (2556) สายทอง ภูแมนเทียน (2556) และ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล และคนอื่น ๆ (2560) โดยนำมาปรับภาษาและข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัยเป็นแบบวัดที่สอบถามถึงกิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือแทบไม่เคยปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำวดองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน รวมข้อคำถามประมาณ 40 ข้อ โดยผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดและการกระทำหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีทั้งวิธีการ และเทคนิคที่มีความหลากหลาย ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด มี 10 องค์ประกอบ คือ

1. การปลดปล่อยอารมณ์ หมายถึง การใช้ประสบการณ์และการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ให้เกิดความอยากแก้ปัญหาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การแสดงบทบาทสมมติเมื่อรู้สึกกังวลใจเมื่อเห็นจากภาพข่าวหรือคนรอบ ๆ ตัวที่มีปัญหาสุขภาพทำให้หันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

2. การเพิ่มความตระหนักรู้ หมายถึง การเริ่มต้นกระตุ้นให้ตนเองแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ การสร้างความเข้าใจ การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงปัญหาด้านสุขภาพจากการสังเกต จากการอธิบายให้เข้าใจ การตีความหมาย ศึกษาเอกสารแผ่นพับหรือสื่อต่าง ๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้มีสุขภาพดี

3. การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การพิจารณาว่าการออกกำลังกายเป็นประจำทำให้มีสุขภาพดี และรับประทานอาหารในปริมาณที่พอดี และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษจากมลพิษหรือควันบุหรี่ มีผลต่อสุขภาพ

4. การไตร่ตรองตนเอง หมายถึง การประเมินคุณค่า/ประสบการณ์จากการที่ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การออกกำลังกายหรือการหลีกเลี่ยงและเลือกรับประทานที่ไม่มัน ไม่เค็ม และไม่หวานจัดและมีการทบทวนถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาทำให้หันมาสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น

5. การปลดปล่อยทางสังคม หมายถึง ความตระหนักถึงการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นในชุมชน มีพื้นที่สำหรับการทำกิจกรรมร่วมกัน ตลอดจนสะดวกเข้าถึงได้ง่ายและหมั่นจัดกิจกรรมของชุมชนนั้น ๆ

6. การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม หมายถึง การหาทางเลือกอื่นทดแทนเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพโดยเลือกออกกำลังกายตามหลักที่ถูกต้อง หรือเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อผ่อนคลายเครียด หรือหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายแม้ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี

7. สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล หมายถึง การได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ในด้านจัดเตรียมอาหารให้ความช่วยเหลือในการออกกำลังกายหรือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถขอคำปรึกษาจากบุคลากรที่มีสุขภาพดี

8. การให้การเสริมแรง หมายถึง การให้รางวัลหรือชื่นชมตนเองเมื่อมีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น หรือรับรางวัลจากผู้อื่นเมื่อได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหันมาสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น

9. ความมีอิสระในตนเอง หมายถึง การค้นหาการแก้ปัญหาและให้คำสัญญากับตัวเองว่าจะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารให้ถูกต้อง และสามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ

10. การควบคุมสิ่งเร้า หมายถึง การควบคุมสถานการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้น โดยเฉพาะการเลือกซื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ หรือ ทำอาหารเองเพื่อสุขภาพ และรับประทานอาหารในแต่ละมื้อในปริมาณที่เพียงพอ

ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992; Fava, Rossi, Velicer, & Prochaska, 1991) ร่วมกับการศึกษาแบบวัดของ Wongsang (2012) Liangchawengwong (2013) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ทำการวัดเป็นแบบวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ ความจริงที่ปรากฏกับฉัน ตั้งแต่ไม่จริง จริงบ้าง จริง จริงมาก และจริงมากที่สุดโดยวัดองค์ประกอบทั้งหมด 10 ด้าน ข้อคำถามประมาณ 40 ข้อ โดยผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

อิทธิพลทางความคิด หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดต่อการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และต่อภาวะการณแวดล้อมรอบตัว ที่จะส่งผลต่อปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มี 3 องค์ประกอบ คือ

1. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุเกี่ยวกับผลดีในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรม/การออกกำลังกาย/กิจวัตรประจำวันด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

2. การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งขัดขวาง ความรู้สึกยากลำบาก ความไม่สะดวกสบาย เช่น สถานที่เวลา ค่าใช้จ่าย หรือสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้ไม่มีโอกาสหรือการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรม/การออกกำลังกาย/กิจวัตรประจำวันด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การรับรู้ หรือความรู้สึกเชื่อมั่นและความมั่นใจของผู้สูงอายุในความสามารถของตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในด้านกิจกรรม/การออกกำลังกาย/กิจวัตรประจำวันด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งไม่เกี่ยวกับความสามารถเดิมที่มีอยู่

ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบวัดตามแนวคิดของ Pender (2006, 2011) และแบบวัดของปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และสุชาดา ใจชื่อ (2560) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย โดยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับจาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง และส่วนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับจาก ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจ มั่นใจมากและมั่นใจมากที่สุด โดยวัดองค์ประกอบทั้งหมด 3 ด้านรวมข้อคำถามประมาณ 18 ข้อ ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีการรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดไปปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ หมายถึงความรู้สึกไว้วางใจและความเชื่อถือในบุคลากรทีมสุขภาพในการให้บริการสุขภาพ การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจและมีความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุม

ผู้วิจัยใช้แบบวัดความไว้วางใจในแพทย์ (Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson และ Dedrick (1990) ร่วมกับแบบวัดของ ทักษิภา เรืองทิพย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และ จัตรกนก ทุมวิภาต (2559) และ Marcinowicz และคนอื่น ๆ (2017) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามแบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับคือ คือตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยมากที่สุดรวมข้อคำถามประมาณ 10 ข้อ โดยผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีความไว้วางใจในทีมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Schaefer, Coyne, และ Lazarus (1981) ให้การสนับสนุนทั้ง 3 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรนำมาใช้การสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ

1. การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจ และเอาใจใส่ ทำให้มีความมั่นใจในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ด้านทรัพยากร โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือการเงิน สิ่งของ สถานที่และเวลา ในการไปตรวจสุขภาพหรือไปพบแพทย์

2. การสนับสนุนจากชุมชน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้ว่ามีสมาชิกในชุมชน ให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในชุมชน คอยให้กำลังใจ และเอาใจใส่ ทำให้มีความมั่นใจในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในชุมชนให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ด้านทรัพยากร โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในชุมชนให้การช่วยเหลือสิ่งของต่าง ๆ สถานที่และเวลา ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

3. การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้ว่ามีบุคลากรในทีมสุขภาพ ให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ โดยรับรู้ว่ามีบุคลากรในทีมสุขภาพคอยให้กำลังใจ และเอาใจใส่ ทำให้มีความมั่นใจในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรับรู้ว่ามีบุคลากรในทีมสุขภาพ ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ด้านทรัพยากร โดยรับรู้ว่ามีบุคลากรในทีมสุขภาพ ให้การช่วยเหลือสนับสนุนสิ่งของต่าง ๆ สถานที่และเวลาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคนอื่น ๆ (1981) ร่วมกับแบบวัดของรุจิรงค์ แอกทอง (2549) ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554) สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) และกฤษฎา พรหมสุวรรณ (2560) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย เป็นแบบวัดเป็นมาตรประมาณค่ามี 5 ระดับ คือ น้อยที่สุดน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด รวมข้อคำถามประมาณ 18 ข้อ ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงจะเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

จากภาพประกอบ 8 เป็นการแสดงแบบจำลองสมมติฐานของโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1 แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม ตามสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.2 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความไว้วางใจ อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลง

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.3 อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลง

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.4 ความไว้วางใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่าน อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลง

สมมติฐานการวิจัยข้อ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง มีความแตกต่างกัน

สมมติฐานการวิจัยข้อ 3 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง มีความแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) รูปแบบ Explanatory Sequential Design ตามแนวคิดของ Creswell (2015) ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เพื่อพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดที่มีคุณภาพเที่ยงตรงและเชื่อมั่น ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมลิสเรล ผลจากการวิเคราะห์ได้ค้นพบตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและค้นพบผู้ให้ข้อมูลหลักแล้วทำการวิจัยในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด ใช้วิธีการสัมภาษณ์กับกลุ่มบุคลากรสุขภาพและการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีประเด็นข้อคำถามเชิงคุณภาพได้มาจากผลการวิจัยระยะที่ 1 รวมด้วย แล้วนำผลที่ได้ไปสรุปตีความร่วมกับผลการวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้เกิดข้อสรุปผลการวิจัยแบบผสมวิธีที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์ทั้งในเชิงปริวิสัย (Objective) และอัตวิสัย (Subjective) ในแต่ละระยะมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

แบบแผนการวิจัย

การศึกษาในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาบนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการประมวลเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) และโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente (1983) รวมกับความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นพื้นฐานของการวางกรอบแนวคิด การกำหนดและ

นิยามตัวแปร กำหนดสมมติฐานการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวัดตัวแปร เพื่อรวบรวมข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณชนิดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Research) ด้วยโปรแกรมลิสเรล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งทำการศึกษาเพื่อพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดที่มีคุณภาพเที่ยงตรงและเชื่อมั่น ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดและเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

พื้นที่ศึกษา

สนามที่ใช้สำหรับศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พื้นที่ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี (ตำบลสวนใหญ่ตำบลตลาดขวัญตำบลบางเขนตำบลบางกระสอ และตำบลท่าทราย) และเทศบาลนครปากเกร็ด (ตำบลปากเกร็ดตำบลบางพูดตำบลบ้านใหม่ตำบลบางตลาด และตำบลคลองเกลือ) ในจังหวัดนนทบุรี ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี และเทศบาลนครปากเกร็ด ในจังหวัดนนทบุรี

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่อาศัยในเขตเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด จำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 345 คน และกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 345 คน รวมทั้งหมด 690 คน

2.1 เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

2.1.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

2.1.2 สามารถอ่านออก เขียนได้

2.1.3 จากการสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุ หรือผลการตรวจสุขภาพ เกี่ยวกับมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมัน ในเลือด โรคเบาหวาน โรคอ้วนลงพุง หรือมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และรับประทานอาหาร (หวาน มัน เค็ม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) (อย่างน้อย 1 โรค หรือ 1 ปัจจัยเสี่ยง)

2.1.4 มีความเต็มใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

2.2.1 จากการสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุ หรือผลการตรวจสุขภาพดี

2.2.2 จากการสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

2.2.3 กลุ่มตัวอย่างที่ทำแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ

2.3 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างเชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (Causal structural model with latent variable) จึงต้องกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบแมกซ์ซิมัมไลค์ลิฮูด (Maximum Likelihood) ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ คงเส้นคงวา เป็นอิสระจากมาตรวัดและใช้กันอย่างแพร่หลาย (Bollen, 1989) และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ของ Schumacker และ Lomax (2010) ที่กำหนดเกณฑ์ความเพียงพอในการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างว่าควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 10-20 คนต่อตัวแปรสังเกต 1 ตัวแปร ดังนั้นผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่อย่างน้อย 10 คนต่อหนึ่งตัวแปรสังเกต ซึ่งตัวแปรสังเกตในงานวิจัยมี 23 ตัวแปร จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 230 คน รวมทั้งหมดอย่างน้อย 460 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เป็น 1.5 เท่าของขนาดตัวอย่างทั้งหมด เพื่อชดเชยกรณีอัตราการตอบกลับและความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 690 คน โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 345 คน และกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 345 คน ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากพอทำให้เกิดความเชื่อมั่นในผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.4 ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ในเขตเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ใช้วิธีการคัดเลือกแบบกำหนดโควตา (Quota Selection) ตามตำบลและเพศกลุ่มละ 345 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน 690 คน (เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม -28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 (ระยะเวลา 50 วัน)

ตาราง 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล	จำนวนผู้สูงอายุ 60-69 ปี			สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (1.5 เท่า)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
เทศบาลนครนนทบุรี	12,694	21,246	33,940	173	172	345
ตำบลสวนใหญ่	1,430	1,733	3,163	19	14	33
ตำบลตลาดขวัญ	2,608	7,298	9,906	36	59	95
ตำบลบางเขน	2,135	3,042	5,177	29	25	54
ตำบลบางกระสอ	2,847	3,973	6,820	39	32	71
ตำบลท่าทราย	3,674	5,200	8,874	50	42	92
เทศบาลนครปากเกร็ด	9,292	12,761	22,053	172	173	345
ตำบลปากเกร็ด	1,799	2,484	4,283	33	34	67
ตำบลบางพูด	2,927	4,099	7,026	54	56	110
ตำบลบ้านใหม่	1,382	1,858	3,240	26	25	51
ตำบลบางตลาด	2,666	3,583	6,249	49	48	97
ตำบลคลองเกลือ	518	737	1,255	10	10	20

ที่มา: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. (2562). ข้อมูลประชากรจำแนกรายกลุ่มอายุ รายตำบล.

การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการพัฒนาและตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัดแต่ละฉบับ ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดจากการประมวลเอกสารทฤษฎีและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 7 ตอน ดังนี้

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้น
- 1.2 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด
- 1.3 แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 1.4 แบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง
- 1.5 แบบวัดอิทธิพลทางความคิด

1.6 แบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

1.7 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีดังนี้

1. นำแบบวัดทั้ง 7 ตอน ให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมช่วยตรวจสอบความถูกต้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. นำแบบวัดที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 132 ข้อ ไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบวัดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (รายนามผู้เชี่ยวชาญแสดงในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์โรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบการใช้ภาษา ความถูกต้อง ชัดเจนของข้อคำถามให้ตรงกับเนื้อหาทฤษฎีความครอบคลุมของข้อความตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปร หลังจากผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และให้ความเห็น ข้อเสนอแนะและแนวการปรับแก้ข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ตรงตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปรผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ แนวทางการปรับแก้จากผู้เชี่ยวชาญ มาทำการปรับแก้ข้อคำถามของแต่ละแบบวัดให้มีความสมบูรณ์และนำแบบวัดมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 (สุวิมล ติรภานันท์, 2555) ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์เพื่อนำมาใช้ในแบบวัดซึ่งพบว่ามีข้อคำถามจำนวน 132 ข้อ

3. นำแบบวัดที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลบางกรวยที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ของแบบวัดแต่ละองค์ประกอบ โดยเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม เป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป มาใช้ในแบบสอบถามและหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับและรายองค์ประกอบ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดที่ยอมรับได้มีค่า 0.70 ขึ้นไป

5. หาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกฉบับมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามที่คัดไว้จากการวิเคราะห์รายข้อ เพื่อยืนยันว่าเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ในการหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง เกณฑ์พิจารณาความกลมกลืนระหว่างโมเดลการวัดที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ใช้ดัชนีความกลมกลืนได้แก่ค่าไค-สแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสัดส่วนไค-สแควร์ต่อค่าองศาความเป็นอิสระมีค่าไม่เกิน 3 (Hair et al., 2010) ซึ่งแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์นอกจากนี้ยังมีดัชนีอื่นที่ใช้ร่วมในการพิจารณา ได้แก่ ค่า Comparative Fit Index (CFI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.95 ค่า Tucker-Lewis Index (TLI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.95 ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 0.08 ค่า Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 0.07 สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Hair et al., 2010) และค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1 (Schumacker & Lomax, 2004) และค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบคะแนนมาตรฐานควรสูงกว่า 0.30 (Tabachnick & Fidell, 2007) พบว่ามีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ครั้งนี้ที่เป็นฉบับใช้จริง จำนวน 114 ข้อ โดยเครื่องมือที่กล่าวมาข้างต้น มีรายละเอียดการพัฒนา เกณฑ์การให้คะแนนและการให้คุณภาพของเครื่องมือในแต่ละเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ รายได้ สถานภาพ ลักษณะครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาลแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ประกอบอาชีพ งานอดิเรก กิจกรรมในชุมชน

ตัวอย่างแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ ปี

2. รายได้.....บาท ต่อเดือน

3. สถานภาพ ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย/หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่

4. สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ ประกันสุขภาพสุขภาพ ☐ เบิกได้

☐ ประกันสังคม ☐ จ่ายเงินเอง

ตอนที่ 2 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (อย่างน้อยมี 1 ปัจจัยเสี่ยง)

- | | |
|--|--|
| ☐ โรคความดันโลหิตสูง | ☐ ไขมันในเลือดผิดปกติ |
| ☐ โรคเบาหวาน | ☐ อ้วนลงพุง |
| ☐ ขาดการออกกำลังกาย | ☐ สูบบุหรี่ |
| ☐ การรับประทานอาหาร (หวาน มัน เค็ม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) | |

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัด Health Promotion Lifestyle Profile 2 (HPLP-II) ของ Walker และคนอื่น ๆ (1995) ร่วมกับการศึกษาแบบวัดของ ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต (2556) สายทอง ภูม่นเขียน (2556) และ ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล และคนอื่น ๆ (2560) โดยนำมาปรับภาษาและข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัยเป็นแบบวัดที่สอบถามถึงกิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ โดยวัดองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้านลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับจาก แทบไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง เป็นประจำ (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือกรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, และ 1 จากเป็นประจำ ถึง แทบไม่เคยปฏิบัติ และข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4, และ 5 จาก แทบไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง เป็นประจำ (5 คะแนน) โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

การหาคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การหาคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีขั้นตอนการหาคุณภาพของแบบวัด ดังนี้ นำแบบวัดไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Index of item-Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 19 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-0.80 จำนวน 15 ข้อ ส่วนข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.50 มีจำนวน 6 ข้อ ดังนั้นข้อคำถามที่มีค่า IOC ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ และนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในต่างชุมชนที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้าน

ความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.30 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถาม เหลือจำนวน 36 ข้อแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.932 แสดงว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพด้านความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.304-0.678 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริงพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.928 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย โดยตัดออกทีละข้อคำถาม จนแบบจำลองดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ $\chi^2 = 518.66$, $df = 194$, $p < 0.001$, $CFI = 0.98$, $GFI = 0.94$, $NNFI = 0.97$, $RMSEA = 0.049$, $SRMR = 0.038$ ซึ่งพบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.50-0.84 (ตาราง 3) และมีจำนวนข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปรับใหม่ มีจำนวน 22 ข้อโดยที่จำนวนตัวแปรสังเกตและนิยามเชิงปฏิบัติการคงเดิม

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)					
	องค์ประกอบ 1	องค์ประกอบ 2	องค์ประกอบ 3	องค์ประกอบ 4	องค์ประกอบ 5	องค์ประกอบ 6
	โภชนาการ	กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	การเจริญทางจิตวิญญาณ	การจัดการกับความเครียด
ข้อที่ 1	ตัดทิ้ง	0.77	0.84	0.54	0.67	0.59
ข้อที่ 2	0.50	ตัดทิ้ง	0.75	0.71	ตัดทิ้ง	ตัดทิ้ง
ข้อที่ 3	ตัดทิ้ง	0.63	0.70	ตัดทิ้ง	0.70	0.67
ข้อที่ 4	0.65	ตัดทิ้ง	ตัดทิ้ง	0.74	ตัดทิ้ง	0.63
ข้อที่ 5	0.60	0.79	ตัดทิ้ง	0.74	0.70	0.74
ข้อที่ 6	-	ตัดทิ้ง	-	0.70	ตัดทิ้ง	0.70
ข้อที่ 7	-	-	-	ตัดทิ้ง	ตัดทิ้ง	-

$\chi^2 = 518.66$, $df = 194$, $p < 0.001$, $CFI = 0.98$, $GFI = 0.94$, $NNFI = 0.97$, $RMSEA = 0.049$, $SRMR = 0.038$

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตัวอย่าง แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการ

ก. ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิหรือน้ำมันในปริมาณมาก เช่น ก๋วยเตี๋ยวผัด แกงเขียวหวาน มัสมั่น และอาหารอื่นๆ

-----	-----	-----	-----	-----
แทบไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ

ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ข. ฉันเดินขึ้นลงบันได หรือ เดิน หรือ ปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์ในระยะทางที่ไม่ไกล

-----	-----	-----	-----	-----
แทบไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ค. ฉันหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูข่าว เข้าอบรมความรู้ทางสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

-----	-----	-----	-----	-----
แทบไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ง. เมื่อฉันรู้สึกว่ามีสบายใจหรือกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ฉันจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว

-----	-----	-----	-----	-----
แทบไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ

ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ

จ. ฉันให้กำลังใจตัวเองว่ามีสุขภาพแข็งแรง และมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

-----	-----	-----	-----	-----
แทบไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ

ด้านการจัดการกับความเครียด

ฉ. เมื่อฉันไม่สบายใจหรือมีความเครียดฉันจะทบทวนหาสาเหตุและหาวิธีแก้ไขให้ดีขึ้น

-----	-----	-----	-----	-----
แทบไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ

ตอนที่ 4 แบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

แบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) (Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992; Fava, Rossi, Velicer, & Prochaska, 1991) ร่วมกับการศึกษาแบบวัดของ Wongsang (2012) และ Liangchawengwong และคนอื่น ๆ (2013) และอังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย วัดองค์ประกอบทั้งหมด 10 ด้านทำการวัดเป็นแบบวัดเป็นมาตรฐานค่า มี 5 ระดับ คือ ความจริงที่ปรากฏกับฉัน ตั้งแต่ไม่จริง (1 คะแนน) ถึง จริงมากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือกรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, และ 1 จากจริงมากที่สุดถึง ไม่จริงและกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จาก ไม่จริง (1 คะแนน) ถึง จริงมากที่สุด (5 คะแนน) โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

การหาคุณภาพของแบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

แบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง มีขั้นตอนการหาคุณภาพของแบบวัด ดังนี้ นำแบบวัดไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Index of item-Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 6 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-0.80 จำนวน 28 ข้อ ส่วนข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.50 มีจำนวน 6 ข้อ ดังนั้นข้อคำถามที่มีค่า IOC ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ และนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในต่างชุมชนที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.30 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามเหลือจำนวน 34 ข้อ แบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.951 แสดงว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพด้านความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.451-0.767 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริงพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.944 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดกระบวนการ

สู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า แบบจำลองกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย โดยตัดออกทีละข้อคำถาม จนแบบจำลองดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาได้จากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ได้แก่ $\chi^2 = 595.95$, $df = 230$, $p < 0.001$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.94$, $NNFI = 0.98$, $RMSEA = 0.048$, $SRMR = 0.038$, $SRMR = 0.38$ ซึ่งพบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.44-0.88 และมีจำนวนข้อคำถามกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงปรับเปลี่ยน มีจำนวน 25 ข้อ (ตาราง 4) โดยที่จำนวนตัวแปรสังเกตและนิยามเชิงปฏิบัติการคงเดิม

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

ข้อ คำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)									
	องค์ประกอบ 1	องค์ประกอบ 2	องค์ประกอบ 3	องค์ประกอบ 4	องค์ประกอบ 5	องค์ประกอบ 6	องค์ประกอบ 7	องค์ประกอบ 8	องค์ประกอบ 9	องค์ประกอบ 10
	การเพิ่มความตระหนักรู้	การปลดปล่อยอารมณ์	การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม	การไตร่ตรองตนเอง	ปลดปล่อยทางสังคม	การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม	สัมพันธ์ภาพแบบเกื้อกูล	การให้เสริมแรง	ความมีอิสระในตนเอง	การควบคุมสิ่งเร้า
ข้อที่ 1	0.63	0.83	ตัดทิ้ง	0.74	0.78	0.70	0.72	ตัดทิ้ง	0.84	0.83
ข้อที่ 2	ตัดทิ้ง	0.88	0.62	ตัดทิ้ง	0.69	0.73	0.76	0.48	0.76	0.85
ข้อที่ 3	0.78	0.76	ตัดทิ้ง	ตัดทิ้ง	0.83	ตัดทิ้ง	0.75	0.72	-	-
ข้อที่ 4	-	ตัดทิ้ง	0.79	0.44	-	0.64	ตัดทิ้ง	0.84	-	-

$\chi^2 = 595.95$, $df = 230$, $p < 0.001$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.94$, $NNFI = 0.98$, $RMSEA = 0.048$, $SRMR = 0.038$

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตัวอย่าง แบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

ด้านการเพิ่มความตระหนักรู้

1. ฉันนึกถึงข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ และอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านการปลดปล่อยอารมณ์

1. คำเตือนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กระตุ้นอารมณ์ให้ฉันต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านการไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม

1. การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้ฉันคิดเลิกสูบบุหรี่หรือให้คนอื่นเลิกสูบบุหรี่ด้วย

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านการไตร่ตรองตนเอง

1. ฉันพอใจเมื่อฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้ถูกต้อง

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านการปลดปล่อยทางสังคม

1. ในชุมชน หมั่นจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเพื่อช่วยสนับสนุนให้ฉันมีสุขภาพดี

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านการฝึกเงื่อนไขตรงข้าม

1. ฉันเลือกออกกำลังกาย ท่องเที่ยว หรือเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแทนการหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านสัมพันธภาพแบบเกื้อกูล

1. ฉันมีคนที่พึ่งพาได้เมื่อฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมต่างๆ แล้วรู้สึกราวว่ามีอาการผิดปกติ

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านการให้การเสริมแรง

1. ฉันให้รางวัลกับตัวเองเมื่อฉันสามารถควบคุมน้ำหนักได้

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านความมีอิสระในตนเอง

1. ฉันบอกกับตัวเองว่าฉันต้องพยายามอย่างหนักที่จะควบคุมในการรับประทานอาหารที่ไม่มัน ไม่เค็ม และไม่หวานจัด ให้ได้

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ด้านการควบคุมสิ่งเร้า

1. ถึงแม้ในเขตชุมชนของฉันจะมีแต่อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มาขายแต่ฉันก็จะเลือกซื้อ หรือทำเองเฉพาะอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

-----	-----	-----	-----	-----
ความจริงที่ปรากฏ กับฉันไม่จริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงบ้าง	ความจริงที่ปรากฏกับ ฉันจริง	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมาก	ความจริงที่ปรากฏ กับฉันจริงมากที่สุด

ตอนที่ 5 แบบวัดอิทธิพลทางความคิด

แบบวัดตามแนวคิดของ Pender (2006, 2011) และแบบวัดของปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตน์ศิริ ทาโต (2556) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และสุชาดา ใจซื่อ (2560) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย โดยวัดองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนได้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, และ 1 จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) ถึง มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนได้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, และ 1 จาก มั่นใจมากที่สุด ถึง ไม่มั่นใจเลย และกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จาก ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) ถึง มั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีการรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า

การหาคุณภาพของแบบวัดอิทธิพลทางความคิด

การหาคุณภาพของแบบวัดอิทธิพลทางความคิดมีขั้นตอนการหาคุณภาพของแบบวัด ดังนี้ นำแบบวัดไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Index of item-Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 4 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-0.80 จำนวน 17 ข้อ ส่วนข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.50 มีจำนวน 3 ข้อ ดังนั้นข้อคำถามที่มีค่า IOC ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ และนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในต่างชุมชนที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.30 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถาม เหลือจำนวน 19 ข้อแบบวัดอิทธิพลทางความคิด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.904 แสดง

ว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพด้านความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.386-0.734 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริงพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.721 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดอิทธิพลทางความคิด พบว่า แบบจำลองอิทธิพลทางความคิด ยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย โดยตัดออกทีละข้อคำถาม จนแบบจำลองดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาได้จากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบวัดอิทธิพลทางความคิด ได้แก่ $\chi^2 = 131.49$, $df = 62$, $p < 0.001$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.97$, $NNFI = 0.99$, $RMSEA = 0.040$, $SRMR = .035$ ซึ่งพบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองอิทธิพลทางความคิด มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.56-0.84 และมีจำนวนข้อคำถามอิทธิพลทางความคิดปรับใหม่ มีจำนวน 13 ข้อ (ตาราง 5) โดยที่จำนวนตัวแปรสังเกตและนิยามเชิงปฏิบัติการคงเดิม

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดอิทธิพลทางความคิด

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)		
	องค์ประกอบ 1 การรับรู้ประโยชน์ ของการกระทำ	องค์ประกอบ 2 การรับรู้อุปสรรค ของการกระทำ	องค์ประกอบ 3 การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง
ข้อที่ 1	0.70	0.66	ตัดทิ้ง
ข้อที่ 2	0.82	0.84	0.77
ข้อที่ 3	0.81	0.80	0.77
ข้อที่ 4	ตัดทิ้ง	0.70	0.83
ข้อที่ 5	0.69	ตัดทิ้ง	ตัดทิ้ง
ข้อที่ 6	ตัดทิ้ง	0.56	0.79
ข้อที่ 7	-	ตัดทิ้ง	-

$$\chi^2 = 131.49, df = 62, p < 0.001, CFI = 0.99, GFI = 0.97, NNFI = 0.99, RMSEA = 0.040, SRMR = 0.035$$

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตัวอย่าง แบบวัดอิทธิพลทางความคิด

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

1. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอดทุกชนิด เครื่องในสัตว์ จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ

1. การลดอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และไม่มีเวลาสำหรับฉัน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1. ฉันมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและโรคที่เป็นอยู่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 6 แบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบวัดความไว้วางใจในแพทย์ (Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson และ Dedrick (1990) ร่วมกับแบบวัดของ ทัดติภา เรืองทิพย์ และคนอื่น ๆ (2559) และ Marcinowicz และคนอื่น ๆ (2017) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามแบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับจาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือกรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, และ 1 จากเห็นด้วยมากที่สุดถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงกว่าจะเป็นผู้ที่มีความไว้วางใจบุคลากรทีมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

การหาคุณภาพของแบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

การหาคุณภาพของแบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพมีขั้นตอนการหาคุณภาพของแบบวัด ดังนี้ นำแบบวัดไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Index of item-Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 9 ข้อ มีค่า IOC 0.80 จำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ และนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในต่างชุมชนที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คนเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.30 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถาม เหลือจำนวน 9 ข้อ แบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.914 แสดงว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพด้านความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.601-0.800 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริงพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.919 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ พบว่า แบบจำลองความไว้วางใจในทีมสุขภาพยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย โดยตัดออกทีละข้อคำถาม จนแบบจำลองดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ ได้แก่ $\chi^2 = 23.69$, $df = 9$, $p = 0.0048$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.99$, $NNFI = 0.99$, $RMSEA = 0.049$, $RMR = 0.0078$ ซึ่งพบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองความไว้วางใจในทีมสุขภาพมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.59-0.81 และมีจำนวนข้อคำถามความไว้วางใจในทีมสุขภาพปรบใหม่ มีจำนวน 6 ข้อ (ตาราง 6)

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)
	ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ
ข้อที่ 1	0.59
ข้อที่ 2	ตัดทิ้ง
ข้อที่ 3	0.72
ข้อที่ 4	0.80
ข้อที่ 5	0.81
ข้อที่ 6	0.77
ข้อที่ 7	0.65
ข้อที่ 8	ตัดทิ้ง
ข้อที่ 9	ตัดทิ้ง

 $\chi^2 = 23.69$, df = 9, p = 0.00482, CFI = 0.99, GFI = 0.99, NNFI = 0.99, RMSEA = 0.049, RMR=0.0078

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตัวอย่าง แบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

- เมื่อฉันมีปัญหาในการดูแลสุขภาพ ฉันคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะให้คำแนะนำและช่วยเหลือได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ไม่เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

เห็นด้วย

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 7 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer และคนอื่น ๆ (1981) ร่วมกับแบบวัดของ รุจิรงค์ แถกทอง (2549) ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) และกฤษฎดา พรหมสุวรรณ (2560) นำมาปรับและสร้างข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย โดยวัดองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับจาก น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือกรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, และ 1 จากมากที่สุดถึง น้อย

ที่สุดและกรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลความหมายคะแนนพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดสูงจะเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดที่ต่ำกว่า

การหาคุณภาพของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

การหาคุณภาพของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมีขั้นตอนการหาคุณภาพของแบบวัด ดังนี้ นำแบบวัดไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ครอบคลุมระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวิจัย (Index of item-Objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาใช้ข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไป จากข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 15 ข้อ มีค่า IOC 0.80 จำนวน 3 ข้อ และนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในต่างชุมชนที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.30 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามเหลือจำนวน 16 ข้อ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.907 แสดงว่าแบบวัดที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพด้านความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.320-0.701 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริงพบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.919 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการสนับสนุนทางสังคมพบว่าแบบจำลองการสนับสนุนทางสังคม ไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อย โดยตัดออกทีละข้อคำถาม จนแบบจำลองดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ $\chi^2 = 103.83$, $df = 41$, $p < 0.001$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.97$, $NNFI = 0.99$, $RMSEA = 0.047$, $SRMR = 0.032$ ซึ่งพบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองการสนับสนุนทางสังคม มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.72-0.88 และมีจำนวนข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคม ปรับใหม่มีจำนวน 11 ข้อ (ตาราง 7)

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)		
	องค์ประกอบ 1 การสนับสนุน จากครอบครัว	องค์ประกอบ 2 การสนับสนุน จากชุมชน	องค์ประกอบ 3 การสนับสนุน จากทีมสุขภาพ
ข้อที่ 1	ตัดทิ้ง	ตัดทิ้ง	ตัดทิ้ง
ข้อที่ 2	0.78	0.84	0.78
ข้อที่ 3	0.79	0.88	0.88
ข้อที่ 4	0.80	0.80	0.87
ข้อที่ 5	ตัดทิ้ง	ตัดทิ้ง	0.83
ข้อที่ 6	0.72	-	-

$\chi^2 = 103.83$, $df = 41$, $p < 0.001$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.97$, $NNFI = 0.99$, $RMSEA = 0.047$, $SRMR = 0.032$

นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตัวอย่าง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว

1. ฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การจัดหาอาหาร และสิ่งของเครื่องใช้ จากบุคคลในครอบครัว

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ด้านการสนับสนุนจากชุมชน

1. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากเพื่อนบ้าน และ จากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ด้านการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

1. เมื่อฉันไปพบแพทย์ตามนัด ฉันจะได้รับคำแนะนำ และ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น เอกสารแผ่นพับ จากบุคลากรในทีมสุขภาพ

น้อยที่สุด

น้อย

ปานกลาง

มาก

มากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เอกสารรับรองเลขที่ SWUEC/E/G -185/2562 ลงวันที่ 3 มกราคม 2563 ถึง 3 มกราคม 2564
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อติดต่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานเทศบาลนครนนทบุรี และเทศบาลนครปากเกร็ด
3. ประสานงานและขออนุญาตผู้บริหารของเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขั้นตอนการทำวิจัย ให้กับผู้บริหารของเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 10 มกราคม -28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 (ระยะเวลา 50 วัน)
5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือ ที่แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะอธิบายการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุดและผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียง หากมีข้อสงสัยให้ซักถามได้ เมื่อรับแบบสอบถามคืนจะตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ของคำตอบ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะแสดงความขอบคุณและรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

เนื่องจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้ง 2 แห่ง จึงมีความจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยนักวิจัย โดยผู้วิจัยจะเลือกผู้ช่วยนักวิจัยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยมาแล้วผู้วิจัยจะชี้แจงการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงแนะนำแบบสอบถาม การแจกและการเก็บแบบสอบถามตามการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยนักวิจัยซักถาม และผู้วิจัยจะเข้าร่วมเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยนักวิจัย 2-3 ครั้ง เมื่อผู้วิจัยประเมินแล้วผู้ช่วยนักวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง จึงมอบหมายให้ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยและสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันยุทธศาสตร์และปัญญา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒผู้วิจัยแจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างทุกรายว่าข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยออกมาเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างหรือหน่วยงานที่ไปเก็บข้อมูล เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้นเจาะจงหาผู้ตอบแบบสอบถามได้ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้น หรือไม่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ซึ่งจะไม่มีความกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกในระหว่างเก็บข้อมูลโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย

การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบวัดแต่ละชุด และใช้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์มาดำเนินการวิเคราะห์และทำการตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับแบบวัดแต่ละชุดแล้วทำการตรวจสอบการกระจายของตัวแปรสังเกตว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติรายตัวแปรหรือไม่ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหากตัวแปรสังเกตมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติจะทำแปลงข้อมูลให้มีการกระจายเป็นโค้งปกติก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย ซึ่งมีแนวทางในการวิเคราะห์และวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าสูงสุดค่าต่ำสุด ค่าความเบ้

ความได้ง เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลและศึกษาการแจกแจงของตัวแปร วิเคราะห์ค่าสมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2. วิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยเชิงสาเหตุ โดยใช้โปรแกรม LISREL ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวัด และการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (Structural equation models for latent variable) เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์เนื่องจากได้กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตกับตัวแปรแฝงก่อน ตัวแปรสังเกตจะมีค่าทำนายองค์ประกอบเฉพาะกับตัวแปรแฝงเท่านั้น (Bollen, 1989, p. 228) ในการตัดสินใจเลือกข้อที่มีน้ำหนักองค์ประกอบที่มีนัยสำคัญ ในการวิเคราะห์และตรวจสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลองเชิงสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยวิธีการต่อไปนี้

2.1 การกำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the model) เพื่อศึกษาตัวแปรสาเหตุใดที่ส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลประกอบด้วยตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกต โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น คือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดลเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear) มีคุณสมบัติเชิงบวก (Additive) และเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบทางเดียว (Recursive) ระหว่างตัวแปรภายนอก (Exogenous Variable) และตัวแปรภายใน (Endogenous Variable) เนื่องจากโมเดลที่สร้างขึ้นไม่ซับซ้อนและมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบทางเดียว (Recursive) จึงทำให้โมเดลมีลักษณะเฉพาะ (Identified)

2.2 การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของแบบจำลอง (Identification of the model) เป็นการระบุว่าแบบจำลองนั้นสามารถนำมาประมาณค่าพารามิเตอร์เป็นค่าเดียวได้หรือไม่ ทั้งนี้โมเดลที่สามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ได้จะต้องมีจำนวนพารามิเตอร์ที่จะทำการประมาณค่ามากกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมการที่ใช้ในการหาค่าพารามิเตอร์ ซึ่งหาได้จากสูตร $(1/2)(NI)(NI+1)$ โดย NI คือ จำนวนตัวแปรสังเกต

2.3 การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) ผู้วิจัยใช้การประมาณค่าด้วยวิธี Maximum Likelihood (ML) วิธีนี้เป็นที่นิยม และมีความคงเส้นคงวา มีประสิทธิภาพและมีความเป็นอิสระจากมาตรวัด ในกรณีที่การแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติ (สุวิมล ตรีภานนท์, 2555, น. 279) การประมาณค่าพารามิเตอร์ควรคำนึงถึงสิ่งสำคัญ 2 ประการคือ 1) เรื่องความลำเอียงหรือค่าที่ประมาณได้เท่ากับค่าพารามิเตอร์จริง ๆ หรือไม่ พิจารณาจากค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญของค่าพารามิเตอร์ ค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญเหล่านั้นชี้ว่าค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณได้มีโอกาสผิดพลาดเท่าใด 2) ประสิทธิภาพในการประมาณค่าพารามิเตอร์ วิธีที่ใช้ในการประมาณค่าพารามิเตอร์มีประสิทธิภาพมากที่สุดแล้วหรือยัง หรือโมเดลองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อมูลดีหรือยัง หรือยังมีโมเดลทางเลือกอื่นที่สอดคล้องกับข้อมูลมากกว่าหรือไม่ พิจารณาจากค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดล

3. การตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง (Goodness-of-fit measures) เป็นการประเมินความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบ โดยพิจารณาค่าสถิติต่าง ๆ ในผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติเหล่านี้ใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีหรือไม่ หรือแนะนำว่าโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลอย่างไร หากโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลต้องปฏิเสธโมเดลองค์ประกอบตามสมมติฐาน หรืออาจใช้ค่าสถิติที่มาผลการวิเคราะห์มาประกอบการตัดสินใจกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดลหรือปรับโมเดลใหม่ ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาหรือตัดสินใจในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้แก่

3.1 ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistics, χ^2) เป็นสถิติที่ทดสอบสมมติฐานเป็นกลางว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากรมีค่าเท่ากัน ดังนั้นถ้าผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ารูปแบบไม่มีความกลมกลืน ค่าสถิติไค-สแควร์ มีจุดอ่อนคือไม่อิสระจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่มาก ผลการทดสอบอาจมีนัยสำคัญได้ง่าย ถ้ากลุ่มตัวอย่างเล็กน้อยกว่า 100 ค่าที่ได้มีความน่าเชื่อถือลดลง (สุภมาส อังคุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ และ รัชนีกุล ภิญโญภาณุวัฒน์, 2551) และค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square) เป็นอัตราส่วนระหว่างค่าสถิติไค-สแควร์กับจำนวนองศาอิสระ (χ^2 / df) ควรมีค่าน้อยกว่า 5.00 (Kline, 2005)

3.2 ค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) ค่า RMSEA เป็นค่าที่บ่งบอกถึงความไม่กลมกลืนของรูปแบบที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ ความแปรปรวนร่วมของประชากรดังนั้นรูปแบบที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดี ควรมีค่า RMSEA เข้า

ใกล้เคียง โดยถ้ามีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่ารูปแบบกลมกลืนดีมาก ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.05-0.08 แสดงว่ารูปแบบกลมกลืนในระดับดีพอควร ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.08-0.10 แสดงว่ารูปแบบมีความกลมกลืนปานกลาง

3.3 ค่า SRMR (Standardized Root Mean Square Residual: SRMR) เป็นค่าเฉลี่ยของเศษที่เหลือจากการเปรียบเทียบค่าความแปรปรวนและความแปรปรวนรวมที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างกับค่าที่ประมาณจากค่าพารามิเตอร์ ถ้าค่า SRMR มีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าแบบจำลองมีรูปแบบกลมกลืนในระดับที่ยอมรับได้

3.4 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of fit index: GFI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความกลมกลืนจากโมเดลก่อนและหลังการปรับโมเดลกับฟังก์ชันความกลมกลืนก่อนปรับโมเดล ค่า GFI มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 หากมีค่ามากกว่า 0.9 แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3.5 ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness of fit index: AGFI) ซึ่งนำ GFI มาปรับแก้และคำนึงถึงขนาดตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง ถ้าค่า AGFI มากกว่า .90 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4. การปรับโมเดล (Model adjustment) หากพบว่าโมเดลแรกไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากดัชนีปรับแก้ (Modification Index) และความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีที่นำมาใช้ในงานวิจัยนี้ด้วย

การเปรียบเทียบแบบจำลอง

เมื่อมีการปรับโมเดลให้มีความกลมกลืนดีแล้ว ทั้ง 2 กลุ่ม จึงดำเนินการเปรียบเทียบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง เป็นการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดตัวแปรแฝงและการเปรียบเทียบค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล โดยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์ คือ เป็นการกำหนดให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขแบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากันระหว่างกลุ่ม การตรวจสอบพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน ซึ่งหากแบบจำลองในขั้นตอนนี้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่

อาจจะแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยแบบจำลองที่ได้นี้ก็จะพื้นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 2 ต่อไป

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อค้นหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มซึ่งจะมีขั้นตอนย่อย คือ

2.1 กำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองในขั้นที่ 2 กับขั้นที่ 1 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะใช้แบบจำลองนี้เป็นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 3 ต่อไป แต่หากผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตอย่างน้อย 1 ตัวแปร แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องทดสอบค้นหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบใดบ้างที่มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2.2 การทดสอบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่มหรือไม่ ด้วยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบนั้นมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นที่ 2 กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากผลการทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตนี้มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องทดสอบทุกค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีการทดสอบนัยสำคัญในแบบจำลอง

2.3 การสรุป โดยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวแปรที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองการสรุปนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากผลการทดสอบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าแบบจำลองทั้งสองมีความกลมกลืนไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจะนำแบบจำลองขั้นการสรุปนี้เป็นฐานในการทดสอบความแตกต่างของค่าอิทธิพลในขั้นที่ 3 ต่อไป

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อค้นหาค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มมีขั้นตอนย่อย ดังนี้

3.1 การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากผลต่างไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองในขั้นที่ 3 กับขั้นที่ 2 (ในกรณีที่ผลการทดสอบในขั้นที่ 2 ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม)ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศา

อิสระของแบบจำลองทั้งสอง หากผลการทดสอบพบว่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในชั้นที่ 3 กับชั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ามีค่าอิทธิพลอย่างน้อย 1 ตัว ที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการทดสอบค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลใดบ้างที่มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

3.2 การทดสอบว่าค่าอิทธิพลมีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่มหรือไม่ โดยการกำหนดเงื่อนไขให้มีค่าอิทธิพลนั้นมีค่าเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่าง ไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองในชั้นที่ 3 กับชั้นที่ 2 ที่ระดับของค่าอิสระเท่ากับผลต่างของค่าอิสระของแบบจำลองทั้งสอง ซึ่งหากผลการทดสอบพบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าค่าอิทธิพลนี้มีค่าแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจะต้องดำเนินการทดสอบความแตกต่างทุกค่าอิทธิพลในแบบจำลอง

เมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นทุกขั้นตอนแล้ว จึงนำมาเขียนผลการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัยต่อไปและนำผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่ค้นพบตัวแปรสาเหตุที่มีความสำคัญต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างไรบ้าง ในรูปแบบของโมเดลตัวอย่างในบริบทผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองข้อค้นพบเหล่านี้ผู้วิจัยนำมาสังเคราะห์ และนำมาเรียบเรียงข้อมูลสร้างเป็นแนวทาง (Guideline) เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

แบบแผนการวิจัย

การศึกษาในระยะที่ 2 ดำเนินการภายหลังที่ได้รับผลจากการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 แล้ว ผลที่ได้คือ ค้นพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และค้นพบผู้ให้ข้อมูลหลักแล้วดำเนินการวิจัยคุณภาพในระยะที่ 2 โดยการสัมภาษณ์บุคลากรที่มสุขภาพ และสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อช่วยในการอธิบายผลให้กระจ่างยิ่งขึ้นหรือเพื่อความเข้าใจผลการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยจึงมุ่งทำการศึกษาเพื่อค้นหาวิถีกิจกรรมต่าง ๆ หรือแนวทางที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ในแง่บวกใดหรือมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอย่างไร

สนามวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) บุคลากรทีมสุขภาพ เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด แหล่งพื้นที่ในการเก็บข้อมูล คือ ชุมชนในเขตเทศบาลนครนนทบุรี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อค้นหากลวิธี กิจกรรมต่าง ๆ หรือแนวทางที่ส่งผลต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดจากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากบุคลากรสุขภาพและผู้สูงอายุ โดยดำเนินการภายหลัง ได้รับผลจากการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่ได้ค้นพบผู้ให้ข้อมูลหลัก แล้วมาดำเนินการวิจัยคุณภาพในระยะที่ 2 โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ ออกเป็น 2 กลุ่มหลัก โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

1. บุคลากรทีมสุขภาพ เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 4 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน รวมผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว มีความยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลช่วงประมาณตั้งแต่ 1-31 พฤษภาคม พ.ศ.2563 (ระยะเวลา 1 เดือน)

2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือกมาให้ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 3 คน และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 3 คน รวมผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัวมีความยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ในวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามสัมภาษณ์บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้วิจัยจะพิจารณาเลือกตัวแปรแฝงหรือตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญควบคู่กับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการสร้างเครื่องมือ มาสนับสนุนการออกแบบแนวคำถามสัมภาษณ์ เช่น

ตัวอย่าง แนวคำถามการสัมภาษณ์

1.1 จากข้อค้นพบเชิงปริมาณ ระบุว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ถ้าจะทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด เกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการ หนึ่งในสาเหตุที่สำคัญคือ ขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ ต้องรู้วิธีหรือกิจกรรมการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ความสัมพันธ์กับบุคคล หรือการพัฒนาจิตวิญญาณ) จึงขอให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังว่าวิธีการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างไร

1.2 จากข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ขอให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังว่าใครมีส่วนสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดบ้าง และบุคคลเหล่านั้นมีส่วนสนับสนุนอะไรบ้าง จากการสนับสนุนจากครอบครัว จากการสนับสนุนจากชุมชน และจากการสนับสนุนในที่มสุขภาพ

1.3 จากข้อค้นพบเชิงปริมาณ ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าจะทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด มีการเปลี่ยนพฤติกรรมกล่าวคือ ต้องรู้วิธีหรือกิจกรรมการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ความสัมพันธ์กับบุคคล หรือการพัฒนาจิตวิญญาณ) จึงขอให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังว่าวิธีการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างไร ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการกระทำและการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยพิจารณาเลือกตัวแปรแฝงหรือตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญควบคู่กับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการสร้างเครื่องมือ มาสนับสนุนการออกแบบแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เช่น

ตัวอย่าง แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

2.1 จากข้อค้นพบเชิงปริมาณ ระบุว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ถ้าจะทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด เกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการ หนึ่งในสาเหตุที่สำคัญคือ ขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ ต้องรู้วิธีหรือกิจกรรมการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ความสัมพันธ์กับบุคคล หรือการพัฒนาจิตวิญญาณ) จึงขอให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังว่าวิธีการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ที่จะช่วยให้ท่านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างไร

2.2 จากข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังใครมีส่วนสนับสนุนคอยช่วยเหลือ ให้ท่านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดบ้าง และบุคคลเหล่านั้นมีส่วนสนับสนุนอะไรบ้าง จากการสนับสนุนจากครอบครัว จากการสนับสนุนจากชุมชน และจากการสนับสนุนในทีมสุขภาพ

2.3 จากข้อค้นพบเชิงปริมาณ ระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงขอให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังว่าวิธีการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ที่ช่วยทำให้ท่านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด มีการเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ ต้องรู้วิธีหรือกิจกรรมการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ (ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ความสัมพันธ์กับบุคคล หรือการพัฒนาจิตวิญญาณ) ได้อย่างไร ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการกระทำและการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก เพื่อขอความอนุเคราะห์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ จำนวน 4 คน

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อติดต่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด และขอความอนุเคราะห์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ จำนวน 2 คน และผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์กลุ่ม จำนวน 6 คน (ผู้สูงอายุที่มี

สุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด) โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือกมาให้

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4. ประสานงานด้านสถานที่ ที่ใช้ในการสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์กลุ่ม

5. อุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ กระดาษจดบันทึก เครื่องอัดเสียง กล้องถ่ายรูป อาหารว่าง และของที่ระลึก

ขั้นตอนการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลขนาดเล็ก ดังนั้นเทคนิคที่ใช้ในการวิจัยจึงไม่แยกขั้นตอนของการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ออกจากกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์ ผู้วิจัยเข้าไปในพื้นที่ที่ศึกษาได้แนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมวิจัย เมื่อเข้าสู่สนามการวิจัยในช่วงแรกผู้วิจัยยังไม่เร่งรัดเก็บข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย แต่มุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจให้กับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะทำพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ และเมื่อผ่านไปสักระยะหนึ่งผู้วิจัย บอกจุดมุ่งหมายของการสนทนาด้วยภาษาง่าย ๆ และชี้แจงการสนทนานี้ถือเป็นความลับ และขออนุญาตบันทึกเสียงผู้วิจัยจึงเริ่มทำเก็บข้อมูลโดยการสังเกตและการสนทนากลุ่มโดยนักวิจัยเป็นผู้ตั้งประเด็นคำถาม กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกันให้มากที่สุด และคอยสังเกตปฏิกิริยาในกลุ่มผู้ร่วมสนทนาต่อประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รับฟัง และซักถามเพื่อความกระจ่าง ใช้เวลาประมาณ 90 นาที ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ อิมตัวผู้วิจัยเก็บข้อมูล ในวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2563

ส่วนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและแจ้งวัตถุประสงค์ของศึกษาและชี้แจงว่าการสนทนานี้ถือเป็นความลับ และขออนุญาตบันทึกเสียง โดยใช้แนวคำถามที่ออกแบบไว้ ประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยท่านละ 45-60 นาที จนได้ข้อมูล อิมตัวแล้วผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ในวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2563

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้ (ขจรศักดิ์ บัวระพันธ์, 2556, น. 141-144)

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ประกอบด้วย

1.1 ให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมตรวจสอบ (Member Checking) ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบซ้ำว่าถูกต้องตามที่ผู้ร่วมวิจัยต้องการสื่อความหมายหรือไม่ แล้วจึงลงข้อสรุป

1.2 การเข้าไปสร้างความคุ้นเคยกับผู้ร่วมวิจัย เป็นระยะเวลานาน (Prolong Engagement)

1.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validation) และยืนยัน (Confirmation)

1.4 ทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน โดยผู้วิจัยพิจารณาบทสัมภาษณ์และข้อมูลที่ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการถามทวนกลับไปกลับมาจากผู้ร่วมวิจัย และรวบรวมบันทึกแต่ละครั้งที่เก็บข้อมูล ให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมตรวจสอบความหมายว่ามีความถูกต้องกับข้อมูลเบื้องต้นหรือไม่ และมีการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

1.5 ให้เพื่อนช่วยตรวจสอบ (Peer Debriefing) เพื่อเพิ่มความถูกต้องแม่นยำจากผลการวิจัยที่ได้โดยการให้นักวิจัยที่อยู่ในสาขาเดียวกัน หรือใกล้เคียงกันมาช่วยตรวจสอบเกี่ยวกับกระบวนการเก็บข้อมูล และการตีความหมายของผู้วิจัยในงานที่ศึกษา ในงานวิจัยนี้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเป็นผู้ตรวจสอบ

2. ความไว้วางใจได้ (Dependability) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน มีการนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุมทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการทำวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล การให้รหัสความหมาย (Meaning Code) และการสร้างประเด็นซึ่งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

3. การยืนยันผลการวิจัย (Confirm Ability)

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลบันทึกไว้อย่างเป็นระบบและสามารถตรวจสอบได้จากการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์การสังเกต และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนจากผู้ให้ข้อมูล

3.2 การอ้างคำพูด (Quotation) ของผู้ให้ข้อมูล โดยการใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด และเมื่อมีความจำเป็นต้องตัดคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูลไป ผู้วิจัยมีความประสงค์เพื่อให้มีการสื่อความหมายที่ชัดเจนและกระชับ ซึ่งยังคงความหมายเดิมไว้

3.3 การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การแสดงความหมายของสาระสำคัญของข้อมูล (Meaning Code) การจัดหมวดหมู่ (Category) การค้นหาแก่นโครงสร้าง (Theme) การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล และการแปลความหมาย โดยผ่านการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

3.4 ความสามารถในการนำไปศึกษาหรืออธิบายกรณีอื่นที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Transferability) ซึ่งอาจนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ร่วมวิจัยได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้นำผลการวิจัยไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำและวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นการจัดระเบียบข้อมูล (Data Organizing) เมื่อทำการสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลักเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวล รวบรวมเป็นหมวดหมู่ และนำมาจัดระเบียบ เนื่องจากข้อมูลที่ได้มามีอยู่หลายประเภททั้งจากการสัมภาษณ์ และจากการสังเกตที่ยังไม่พร้อมจะนำมาวิเคราะห์ทันที จึงต้องนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งในรูปของการจดบันทึกและจากการบันทึกเสียงมาเปลี่ยนให้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์โดยการถอดเทปบันทึกเสียงคำสัมภาษณ์อย่างละเอียดชนิดคำต่อคำให้อยู่ในรูปของแฟ้มข้อมูลที่พร้อมสำหรับการอ่านและทำความเข้าใจ (Transcription of Data) โดยการพิมพ์ออกมาเป็นเอกสารทางด้านซ้ายประมาณ 2/3 ของหน้ากระดาษขนาด A4 และเว้นว่างทางด้านขวาไว้ประมาณ 1/3 ของหน้ากระดาษ A4 เพื่อใช้ในการเขียนข้อความและสำหรับบันทึกข้อมูล เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

2. ขั้นการแสดงผลข้อมูล (Data Display) หลังจากที่มีการแปลงข้อมูลในรูปเชิงประจักษ์ในขั้นตอนแรกแล้ว ผู้วิจัยจะแตกข้อมูลที่จัดระเบียบออกเป็นหน่วยย่อย ๆ ตามความหมายเฉพาะของแต่ละหน่วย โดยผู้วิจัยถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงชนิดคำต่อคำ และรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนบรรยากาศของการสนทนาไว้ไม่ให้เสียไป มาจัดทำในรูปแบบบทสนทนาจากการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยเลือกเอาหน่วยที่มีความหมายตรงกับประเด็นกับเรื่องที่ทำการศึกษา มาให้ชื่อหรือรหัส (Coding) โดยกำหนดรหัสขึ้นมาแทนความหมายสำคัญที่ข้อความนั้นสื่อออกมา ซึ่งในการวิเคราะห์ครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดรหัสสำหรับการวิเคราะห์ โดยนำความมุ่งหมายของการวิจัยเป็นตัวตั้ง และทำการกำหนดรหัสให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย

3. ขั้นการทำการสรุป ดีความ และตรวจสอบความถูกต้อง (Conclusion, interpretation and verification) โดยการนำเอาข้อมูลที่แตกออกเป็นหน่วยย่อย ๆ และที่ได้รับการกำหนดรหัสเรียบร้อยแล้วกลับมารวมเข้ากันใหม่เป็นกลุ่ม ๆ ตามลักษณะความสัมพันธ์ที่หน่วยย่อยเหล่านั้นมีต่อกัน เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์หาความหมาย ข้อสรุป และดีความ ซึ่งเป็นวิธีการหาความหมายโดยรวม และทำการตรวจสอบว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องแม่นยำน่าเชื่อถือหรือไม่อย่างไร

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคำนึงถึง ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสืออธิบาย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย (ตามใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC/E/G -185/2562) ซึ่งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลที่เปิดเผย การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ให้นักวิจัยไปก่อนการวิเคราะห์และพิมพ์เผยแพร่สู่สาธารณะ ตลอดจนการนำผลการวิจัยไปใช้ และในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกรายละเอียดจากการสัมภาษณ์ และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ การขอให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถามของผู้วิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ซักถามสิ่งที่เป็นข้อสงสัยเพิ่มเติมจนเข้าใจและให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจตอบคำถามพร้อมทั้งชี้แจงว่าผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) แบบมีลำดับเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ตามลำดับ โดยรายละเอียดดังนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำเสนอข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1-3 คือ เพื่อพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดที่มีคุณภาพเที่ยงตรงและเชื่อมั่น ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง และผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำเสนอข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 คือ เพื่อค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด ผลการวิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยแบ่งเป็นส่วนย่อย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

ตอนที่ 5 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

สัญลักษณ์ อักษรย่อ และตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

ผู้วิจัยใช้การกำหนดสัญลักษณ์ อักษรย่อ และตัวแปรที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันตลอดการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
n	จำนวนผู้สูงอายุวัยต้นทั่วไป เพศชายและเพศหญิง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Sk	ค่าความเบ้ (Skewness)
CV	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย
Min	ค่าต่ำสุด
Max	ค่าสูงสุด
Ku	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)
R ²	ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (Squared Multiple Correlations)
χ^2	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square)
$\Delta\chi^2$	ผลต่างของค่าสถิติไค-สแควร์
df	ค่าองศาความเป็นอิสระ
Relative χ^2/df	ไค-สแควร์สัมพัทธ์
p	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน/ค่านัยสำคัญทางสถิติ
*	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
CR	ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (Construct Reliability)
AVE	ค่าเฉลี่ยของความแปรปรวนที่สกัดได้ (Average Variance Extracted)
TE	อิทธิพลรวม (Total Effect)
DE	อิทธิพลทางตรง (Direct Effect)
IE	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)

สัญลักษณ์

ความหมาย

GFI	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index)
CFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index)
NFI	ดัชนีวัดความสอดคล้องเชิงสัมพันธ์ (Normal fit index)
AGFI	ค่าความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjust Goodness of Fit Index)
SRMR	ค่ามาตรฐานรากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อน (Standardize Root Mean Square Residual)
RMSEA	ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation)
CN	ดัชนีความพอใจของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรแฝง	อักษรย่อ	ตัวแปรสังเกต	อักษรย่อ
การสนับสนุนทางสังคม	SS	การสนับสนุนจากครอบครัว	SSF
		การสนับสนุนจากชุมชน	SSC
		การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ	SSH
ความไว้วางใจ	TrT	ความไว้วางใจทีมสุขภาพ	Trust
อิทธิพลทางความคิด	Think	การรับรู้ความสามารถของตนเอง	PSE
		การรับรู้ประโยชน์	PBen
		การรับรู้อุปสรรค	Pbar
กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	POC	การแสดงออกปลดปล่อยอารมณ์	DR
		การเพิ่มความตระหนักรู้	CS
		การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม	ER
		การไตร่ตรองตนเอง	SR
		การปลดปล่อยทางสังคม	SL
		การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม	CC
		สัมพันธ์ภาพแบบเกื้อกูล	HelpR
		การให้การเสริมแรง	RM
		ความอิสระในตนเอง	SLL
		การควบคุมสิ่งเร้า	SC

ตัวแปรแฝง	อักษรย่อ	ตัวแปรสังเกต	อักษรย่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Beh	โภชนาการ	nutri
		การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	PA
		ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	HR
		จัดการกับความเครียด	SM
		ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	IR
		การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	SG

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอลักษณะข้อมูลเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ด กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี กลุ่มแรกคือผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 345 คน และกลุ่มที่สองคือผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 345 คน รวมทั้งหมด 690 คน โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะข้อมูลเบื้องต้น ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลเบื้องต้น	ผู้สูงอายุเพศหญิง (n = 345)		ผู้สูงอายุเพศชาย (n = 345)		กลุ่มรวม (n = 690)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้ศึกษา	6	1.74	11	3.19	17	2.46
ประถมศึกษา	125	36.23	142	41.16	267	38.70
มัธยมศึกษา	86	24.93	69	20.00	155	22.46
ปวส./ปวช.	56	16.23	52	15.07	108	15.66
ปริญญาตรี	66	19.13	58	16.81	124	17.97
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	6	1.74	13	3.77	19	2.75
รวม	345	100.00	345	100.00	690	100.00
รายได้โดยประมาณต่อเดือน						
น้อยกว่า 15,000 บาท	255	73.91	264	76.52	519	75.22
ระหว่าง 15,001 – 30,000 บาท	64	18.55	61	17.68	125	18.12
มากกว่า 30,001 บาท	26	7.54	20	5.80	46	6.66
รวม	345	100.00	345	100.00	690	100.00

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลเบื้องต้น	ผู้สูงอายุเพศหญิง (n = 345)		ผู้สูงอายุเพศชาย (n = 345)		กลุ่มรวม (n = 690)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพ						
โสด	31	8.98	54	15.65	85	12.32
คู่	229	66.38	163	47.25	392	56.81
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	85	24.64	128	37.10	213	30.87
รวม	345	100.00	345	100.00	690	100.00
การประกอบอาชีพ						
ค้าขาย	48	13.91	47	13.62	95	13.77
รับจ้าง	66	19.13	42	12.17	108	15.65
เกษตรกรรม	20	5.80	20	5.80	40	5.80
แม่บ้านพ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	131	37.97	168	48.70	299	43.33
ข้าราชการ/รับบำเหน็จบำนาญ	68	19.71	60	17.40	128	18.55
ส่วนตัว	12	3.48	8	2.31	20	2.90
รวม	345	100.00	345	100.00	690	100.00
สถานภาพในครอบครัว						
ผู้นำครอบครัว	215	62.32	159	46.09	374	54.20
ผู้อาศัย	130	37.68	186	53.91	316	45.80
รวม	345	100.00	345	100.00	690	100.00
สิทธิการรักษาพยาบาล						
บัตรทอง	197	57.10	209	60.58	406	58.84
ประกันชีวิตสุขภาพ	12	3.48	8	2.32	20	2.90
ราชการ	92	26.67	90	26.09	182	26.37
ประกันสังคม	29	8.40	21	6.09	50	7.25
จ่ายเงินเอง	15	4.35	17	4.92	32	4.64
รวม	345	100.00	345	100.00	690	100.00

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อมูลเบื้องต้น	ผู้สูงอายุเพศหญิง (n = 345)		ผู้สูงอายุเพศชาย (n = 345)		กลุ่มรวม (n = 690)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งช่วยเหลือในชุมชน						
รพ.สต	149	43.19	123	35.65	272	39.42
รพ.ชุมชน/จังหวัด	75	21.74	88	25.51	163	23.62
รพ.สต และ อสม./ชุมชน และเทศบาล	66	19.13	60	17.39	126	18.26
รพ.สต และ รพ.ชุมชน/จังหวัด	39	11.30	52	15.07	91	13.19
รพ.สต และ รพ.ชุมชน/จังหวัด และเทศบาล	16	4.64	22	6.38	38	5.51
รพ.สต	149	43.19	123	35.65	272	39.42
รวม	345	100.00	345	100.00	690	100.00
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน						
ไม่ได้เข้าร่วมเลย	49	14.20	107	31.01	156	22.61
เข้าร่วมเลย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	296	85.80	238	68.99	534	77.39
ชมรมผู้สูงอายุ/อสม.	45	15.20	33	13.87	78	14.61
กิจกรรมออกกำลังกาย	38	12.84	31	13.03	69	12.92
ชมรมผู้สูงอายุ/อสม.และ กิจกรรม ออกกำลังกาย	91	30.74	78	32.77	169	31.65
ชมรมผู้สูงอายุ/อสม.และ จิตอาสา	52	17.57	46	19.33	98	18.35
กิจกรรมออกกำลังกายและ จิตอาสา	45	15.20	32	13.45	77	14.42
ชมรมผู้สูงอายุ/อสม.และ กิจกรรม ออกกำลังกาย และ จิตอาสา	25	8.45	18	7.55	43	8.05
รวม	345	102.61	345	100.00	690	100.00

จากตาราง 8 พบว่า ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มรวมนั้น ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 519 คน คิดเป็นร้อยละ 75.22 สถานภาพคู่ จำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 56.81 การประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน จำนวน 299 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 สถานภาพในครอบครัวเป็นผู้นำครอบครัวจำนวน 374 คนคิดเป็นร้อยละ 54.20 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง จำนวน

406 คน คิดเป็นร้อยละ 58.84 แหล่งช่วยเหลือในชุมชนเป็น รพ.สต.จำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 39.42 และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จำนวน 534 คน คิดเป็นร้อยละ 77.39 และได้แบ่งรายละเอียดดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย ช่วงอายุ 60-69 ปี (64.32 ± 2.97) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 41.16 รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 76.52 สถานภาพคู่ จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 47.25 การประกอบอาชีพเป็นพ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 48.70 สถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 53.91 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 60.58 แหล่งช่วยเหลือในชุมชนเป็น รพ.สต.จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 35.65 และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/อสม. และกิจกรรมออกกำลังกาย จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 32.77

กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ช่วงอายุ 60-69 ปี (64.54 ± 2.84) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 36.23 รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 73.91 สถานภาพคู่ จำนวน 229 คน คิดเป็นร้อยละ 66.38 การประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน/ไม่ได้ทำงานจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 37.97 สถานภาพในครอบครัวเป็นผู้นำครอบครัว จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 62.32 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 57.10 แหล่งช่วยเหลือในชุมชนเป็น รพ.สต. จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 43.19 และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/อสม. และกิจกรรมออกกำลังกาย จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 30.74

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติโดยการคำนวณค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) ค่าความเบ้ (Sk) ค่าความโด่ง (Ku) และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) โดยผู้วิจัยได้แปลงค่าตัวแปรให้กลายเป็นค่าคะแนนแบบปกติ (Normal Score) แล้วทดสอบว่าตัวแปรที่ทำการศึกษาในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งค่าความเบ้และความโด่ง ถ้าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson correlation product moment) ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษา แสดงผลดังนี้

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าความเบ้ (Sk) ค่าความโด่ง (Ku) และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในกลุ่มรวม (n=690)

ตัวแปร	M	SD	%CV	Sk	Ku	χ^2	P-value of χ^2
การสนับสนุนจากครอบครัว	3.656	0.768	21.007	-0.693	-1.373	2.366	0.306
การสนับสนุนจากชุมชน	3.315	0.866	26.124	-0.541	-1.154	1.623	0.444
การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ	3.717	0.730	19.639	-0.732	-1.076	1.692	0.429
ความไว้วางใจ	3.885	0.509	13.102	-0.467	-0.021	0.219	0.896
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.346	0.755	22.564	-0.288	-0.700	0.573	0.751
การรับรู้ประโยชน์	4.256	0.545	12.805	-1.984	-2.857	12.096	0.002
การรับรู้อุปสรรค	3.624	0.834	23.010	-0.624	-1.206	1.843	0.398
การแสดงออกปลดปล่อยอารมณ์	3.221	0.897	27.848	-0.306	-1.148	1.411	0.494
การเพิ่มความตระหนักรู้	2.830	0.877	30.989	0.011	-0.925	0.856	0.652
การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม	3.825	0.908	23.739	-2.499	-3.888	21.361	0.000
การไตร่ตรองตนเอง	3.446	0.825	23.941	-0.545	-1.325	2.053	0.358
การปลดปล่อยทางสังคม	2.923	0.938	32.090	-0.132	-1.236	1.544	0.462
การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม	3.201	0.868	27.117	-0.562	-1.316	2.046	0.359
สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล	3.003	0.894	29.770	-0.316	-1.154	1.431	0.489
การให้การเสริมแรง	2.798	0.873	31.201	-0.012	-0.746	0.557	0.757
ความอิสระในตนเอง	3.225	0.973	30.171	-0.839	-1.899	4.309	0.116
การควบคุมสิ่งเร้า	3.281	0.947	28.863	-0.908	-1.677	3.638	0.162
โภชนาการ	3.199	0.826	25.821	-0.120	-0.352	0.139	0.933
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	3.442	0.994	28.879	-1.051	-2.292	6.361	0.042
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.451	0.958	27.760	-0.679	-2.125	4.977	0.083
จัดการกับความเครียด	3.736	0.769	20.584	-0.698	-1.290	2.152	0.341
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.728	0.766	20.547	-0.649	-1.235	1.946	0.378
การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	3.909	0.791	20.235	-1.486	-2.391	7.927	0.019

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 เมื่อทำการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรสังเกตในกลุ่มรวม ผู้วิจัยได้แปลงค่าตัวแปรให้กลายเป็นค่าคะแนนแบบปกติ (Normal Score) แล้วจึงนำไปทดสอบว่าตัวแปรในกลุ่มตัวอย่างรวม มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติหรือไม่ โดยการศึกษาจากค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งค่าความเบ้เบาะความโด่ง หากไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าตัวแปรสังเกตมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผลการทดสอบปรากฏว่า ตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษามีส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งแสดงว่าตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษามีส่วนใหญ่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ มีเพียงตัวด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ที่พบว่ามีความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$) ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรสังเกตดังกล่าว มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ

การวิจัยครั้งนี้มีการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตรวจสอบค่าความเบ้ ความโด่ง ค่าไค-สแควร์ของตัวแปรสังเกตของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยของกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ดังนี้

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าความเบ้ (Sk) ค่าความโด่ง (Ku) และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย (n=345)

ตัวแปร	M	SD	%CV	Sk	Ku	χ^2	P-value of χ^2
การสนับสนุนจากครอบครัว	3.686	0.771	20.917	-0.548	-0.912	1.132	0.568
การสนับสนุนจากชุมชน	3.253	0.876	26.929	-0.469	-0.828	0.905	0.636
การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ	3.679	0.729	19.815	-0.362	-0.706	0.630	0.730
ความไว้วางใจ	3.834	0.533	13.902	-0.483	0.072	0.238	0.888
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.330	0.776	23.303	-0.237	-0.444	0.254	0.881
การรับรู้ประโยชน์	4.268	0.511	11.973	-1.139	-2.278	6.486	0.039
การรับรู้อุปสรรค	3.607	0.832	23.070	0.435	-0.847	0.907	0.635
การแสดงออกปลดปล่อยอารมณ์	3.173	0.866	27.293	-0.194	-0.685	0.507	0.776
การเพิ่มความตระหนักรู้	2.791	0.904	32.390	0.022	-0.712	0.507	0.776

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	M	SD	%CV	Sk	Ku	χ^2	P-value of χ^2
การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม	3.781	0.890	23.539	-1.551	-2.353	7.942	0.019
การไตร่ตรองตนเอง	3.433	0.843	24.556	-0.439	-0.870	0.951	0.622
การปลดปล่อยทางสังคม	2.872	0.924	32.173	-0.054	-0.788	0.623	0.732
การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม	3.144	0.849	27.004	-0.281	-0.726	0.606	0.739
สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล	3.015	0.885	29.353	-0.259	-0.689	0.542	0.763
การให้การเสริมแรง	2.798	0.836	29.878	-0.008	-0.317	0.101	0.951
ความอิสระในตนเอง	3.217	0.940	29.220	-0.506	-1.043	1.344	0.511
การควบคุมสิ่งเร้า	3.242	0.955	29.457	-0.590	-1.058	1.468	0.480
โภชนาการ	3.171	0.814	25.670	-0.062	-0.140	0.023	0.988
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	3.424	0.964	28.154	-0.673	-1.400	2.413	0.299
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.398	0.963	28.340	-0.402	-1.367	2.029	0.363
จัดการกับความเครียด	3.713	0.774	20.846	-0.570	-1.031	1.388	0.499
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.682	0.780	21.184	-0.475	-0.854	0.955	0.620
การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	3.864	0.810	20.963	-1.110	-1.690	4.088	0.130

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 เมื่อทำการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรสังเกตในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย ได้พิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งค่าความเบ้และความโด่ง พบว่า ตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งแสดงว่าตัวแปรสังเกตส่วนใหญ่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ มีเพียงด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านการไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อมพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$) แสดงว่ามีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละของสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าความเบ้ (Sk) ค่าความโด่ง (Ku) และค่า P-value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) ของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง (n=345)

ตัวแปร	M	SD	%CV	Sk	Ku	χ^2	P-value of χ^2
การสนับสนุนจากครอบครัว	3.626	0.764	21.070	-0.433	-0.866	0.937	0.626
การสนับสนุนจากชุมชน	3.378	0.852	25.222	-0.291	-0.660	0.520	0.771
การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ	3.755	0.730	19.441	-0.602	-0.816	1.028	0.598
ความไว้วางใจ	3.937	0.478	12.141	-0.171	-0.039	0.031	0.985
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.363	0.735	21.855	-0.145	-0.452	0.225	0.894
การรับรู้ประโยชน์	4.244	0.577	13.596	-1.558	-2.106	6.863	0.032
การรับรู้อุปสรรค	3.641	0.836	22.960	0.451	-0.708	0.704	0.703
การแสดงออกปลดปล่อยอารมณ์	3.269	0.926	28.327	-0.232	-0.777	0.658	0.720
การเพิ่มความตระหนักรู้	2.870	0.848	29.547	-0.003	-0.443	0.196	0.907
การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม	3.870	0.925	23.902	-1.978	-3.237	14.389	0.001
การไตร่ตรองตนเอง	3.459	0.807	23.330	-0.334	-0.848	0.831	0.660
การปลดปล่อยทางสังคม	2.974	0.951	31.977	-0.133	-0.793	0.646	0.724
การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม	3.258	0.885	27.164	-0.516	-0.984	1.234	0.540
สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล	2.991	0.905	30.257	-0.179	-0.800	0.671	0.715
การให้การเสริมแรง	2.797	0.909	32.499	-0.018	-0.585	0.343	0.842
ความอิสระในตนเอง	3.232	1.006	31.126	-0.673	-1.513	2.741	0.254
การควบคุมสิ่งเร้า	3.320	0.939	28.283	-0.654	-1.193	1.852	0.396
โภชนาการ	3.226	0.838	25.976	-0.115	-0.218	0.061	0.970
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	3.460	1.024	29.595	-0.784	-1.750	3.678	0.159
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.503	0.951	27.148	-0.564	-1.478	2.503	0.286
จัดการกับความเครียด	3.758	0.764	20.330	-0.396	-0.751	0.721	0.697
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.774	0.749	19.846	-0.430	-0.791	0.810	0.667
การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	3.955	0.771	19.494	-1.026	-1.534	3.405	0.182

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 เมื่อทำการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรสังเกตในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ได้พิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งค่าความเบ้และความโด่ง พบว่าตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งแสดงว่าตัวแปรสังเกตส่วนใหญ่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ มีเพียงด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านการไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อมพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$) แสดงว่ามีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ

จากนั้นผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต โดยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (Bivariate relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ดังตาราง 12



ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มรวม (n=690)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1. สัมผัสรุนแรงจากครอบครัว	1																						
2. สัมผัสรุนแรงจากชุมชน	.386"	1																					
3. สัมผัสรุนแรงจากทีมสุขภาพ	.396"	.510"	1																				
4. ความไว้วางใจ	.316"	.389"	.475"	1																			
5. การรับรู้ความสามารถ	.386"	.287"	.294"	.403"	1																		
6. การรับรู้ประโยชน์	.333"	.206"	.258"	.318"	.445"	1																	
7. การรับรู้อุปสรรค	.130"	.135"	.157"	.178"	.165"	.313"	1																
8. แสดงออกปลดปล่อยอารมณ์	.311"	.278"	.218"	.256"	.288"	.344"	.263"	1															
9. การเพิ่มความตระหนัก	.226"	.375"	.246"	.231"	.212"	.226"	.152"	.578"	1														
10. การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม	.310"	.220"	.148"	.272"	.414"	.391"	.276"	.438"	.302"	1													
11. การไตร่ตรองตนเอง	.337"	.282"	.207"	.290"	.371"	.401"	.181"	.475"	.364"	.591"	1												
12. การปลดปล่อยทางสังคม	.304"	.432"	.295"	.297"	.374"	.243"	.117"	.343"	.314"	.311"	.372"	1											
13. การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม	.407"	.358"	.314"	.344"	.439"	.399"	.319"	.470"	.420"	.439"	.502"	.482"	1										
14. สัมผัสภาพแบบเกือบล	.440"	.438"	.410"	.381"	.433"	.347"	.202"	.449"	.477"	.404"	.452"	.417"	.562"	1									
15. การให้การเสริมแรง	.456"	.316"	.330"	.314"	.398"	.277"	.108"	.364"	.335"	.371"	.403"	.395"	.457"	.530"	1								
16. ความอิสระในตนเอง	.417"	.285"	.233"	.300"	.524"	.421"	.247"	.424"	.323"	.466"	.452"	.321"	.559"	.494"	.603"	1							
17. การควบคุมสิ่งเร้า	.345"	.299"	.221"	.309"	.542"	.425"	.258"	.348"	.267"	.413"	.422"	.341"	.507"	.429"	.530"	.692"	1						
18. โภชนาการ	.175"	.055"	.030"	.024"	.269"	.209"	.208"	.180"	.089"	.188"	.161"	.141"	.181"	.165"	.225"	.298"	.320"	1					
19. เครื่องเฝ้าและออกกำลังกาย	.204"	.183"	.111"	.149"	.264"	.231"	.271"	.277"	.213"	.225"	.269"	.202"	.367"	.266"	.265"	.413"	.337"	.275"	1				
20. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.279"	.273"	.266"	.214"	.301"	.292"	.264"	.379"	.380"	.268"	.279"	.268"	.348"	.303"	.258"	.333"	.287"	.283"	.480"	1			
21. จัดการกับความเครียด	.308"	.282"	.212"	.248"	.308"	.285"	.268"	.377"	.394"	.316"	.347"	.235"	.422"	.332"	.303"	.335"	.355"	.241"	.408"	.491"	1		
22. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.405"	.386"	.313"	.287"	.272"	.243"	.266"	.352"	.336"	.253"	.291"	.303"	.348"	.400"	.312"	.307"	.292"	.156"	.344"	.509"	.497"	1	
23. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.338"	.244"	.177"	.159"	.334"	.299"	.292"	.383"	.339"	.357"	.312"	.211"	.406"	.279"	.321"	.342"	.382"	.245"	.409"	.492"	.637"	.538"	1

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 พบว่า ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษากลุ่มรวม พบว่าค่าของตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุด ได้แก่ ความอิสระในตนเองกับการควบคุมสิ่งเร้า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.692 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่ทำการศึกษานั้นไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันมากจนเกินไป สอดคล้องกับ Kline (2005) ได้กล่าวถึงว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่มีค่าสูงกว่า .85 จะเกิดปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) แต่ตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตไม่เกิน .85 จึงกล่าวได้ว่าไม่มีปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุและได้แสดงรายละเอียดของแต่ละตัวแปร ดังนี้

ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตภายในตัวแปรแฝง พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .386 ถึง .510 โดยการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนกับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพด้านมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .510 อิทธิพลทางความคิดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวกอยู่ระหว่าง .165 ถึง .445 โดยอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองกับด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .445 ในขณะที่กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .267 ถึง .692 โดยกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความอิสระในตนเองกับด้านการควบคุมสิ่งเร้ามีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .692 และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .156 ถึง .637 โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านจัดการกับความเครียดกับด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .637

ในขณะที่ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตภายนอกตัวแปรแฝง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .111 ถึง .475 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .475 ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (การสนับสนุนทางสังคม กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .149 ถึง .475 ซึ่งความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .475 อิทธิพลทางความคิดมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .149 ถึง .475 ซึ่งความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .475

การเปลี่ยนแปลง และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .117 ถึง .542 ซึ่งอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการควบคุมสิ่งเร้ามีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .542 ในขณะที่กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .117 ถึง .542 โดยกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการควบคุมสิ่งเร้ากับอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .542 และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ อิทธิพลทางความคิดการสนับสนุน ทางสังคม และกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .089 ถึง .422 ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการฝึกเงื่อนไขตรงกันข้ามสูงที่สุดมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .422



ตาราง 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย (n=345)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1.สนับสนุนจากครอบครัว	1																						
2.สนับสนุนจากชุมชน	.381"	1																					
3.สนับสนุนจากทีมสุขภาพ	.359"	.509"	1																				
4.ความไว้วางใจ	.346"	.403"	.446"	1																			
5.การรับรู้ความสามารถ	.383"	.337"	.292"	.410"	1																		
6.การรับรู้ประโยชน์	.355"	.170"	.276"	.384"	.466"	1																	
7.การรับรู้อุปสรรค	.118"	.047"	.094"	.186"	.194"	.295"	1																
8.แสดงออกโดยอารมณ์	.318"	.251"	.169"	.282"	.272"	.364"	.271"	1															
9.การเพิ่มความตระหนักรู้	.270"	.418"	.274"	.251"	.212"	.254"	.169"	.597"	1														
10.การได้รณรงค์ด้านสิ่งแวดล้อม	.299"	.182"	.126"	.249"	.415"	.397"	.263"	.469"	.325"	1													
11.การได้รณรงค์ตนเอง	.385"	.223"	.220"	.282"	.343"	.427"	.153"	.499"	.359"	.593"	1												
12.การปลดปล่อยทางสังคม	.281"	.419"	.284"	.258"	.366"	.210"	.102"	.310"	.325"	.320"	.361"	1											
13.การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม	.457"	.344"	.305"	.360"	.485"	.418"	.289"	.475"	.439"	.390"	.504"	.481"	1										
14.สัมพันธ์ภาพแบบเกื้อกูล	.468"	.442"	.441"	.407"	.503"	.406"	.203"	.420"	.521"	.428"	.459"	.370"	.601"	1									
15.การให้การเสริมแรง	.445"	.292"	.300"	.286"	.385"	.275"	.113"	.367"	.354"	.359"	.400"	.414"	.416"	.527"	1								
16.ความอิสระในตนเอง	.449"	.280"	.230"	.328"	.550"	.493"	.283"	.421"	.341"	.466"	.495"	.271"	.578"	.544"	.610"	1							
17.การควบคุมสิ่งเร้า	.361"	.282"	.180"	.320"	.587"	.475"	.249"	.350"	.262"	.391"	.396"	.321"	.472"	.453"	.542"	.697"	1						
18.โภชนาการ	.131"	.010"	.058"	.047"	.298"	.200"	.228"	.201"	.068"	.222"	.169"	.117"	.164"	.149"	.255"	.283"	.283"	1					
19.เคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.226"	.153"	.137"	.163"	.234"	.216"	.265"	.297"	.254"	.262"	.340"	.193"	.427"	.329"	.243"	.431"	.317"	.189"	1				
20.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.346"	.236"	.271"	.206"	.263"	.290"	.268"	.415"	.430"	.262"	.274"	.294"	.382"	.305"	.263"	.340"	.215"	.262"	.431"	1			
21.จัดการกับความเครียด	.361"	.299"	.236"	.334"	.299"	.270"	.281"	.405"	.430"	.302"	.391"	.275"	.428"	.339"	.291"	.341"	.332"	.158"	.402"	.483"	1		
22.ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.457"	.378"	.309"	.333"	.271"	.263"	.245"	.325"	.377"	.223"	.281"	.247"	.350"	.411"	.293"	.338"	.280"	.126"	.353"	.554"	.508"	1	
23.การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.389"	.224"	.200"	.194"	.346"	.339"	.300"	.405"	.373"	.350"	.327"	.232"	.421"	.272"	.317"	.385"	.360"	.197"	.405"	.517"	.631"	.528"	1

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 13 พบว่า ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย พบว่า คู่ของตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุด ได้แก่ ความอิสระในตนเองกับการควบคุมสิ่งเร้า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.697 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่ทำการศึกษานั้นไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันมากจนเกินไป สอดคล้องกับ Kline (2005) ได้กล่าวถึงว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่มีค่าสูงกว่า .85 จะเกิดปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) แต่ตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตไม่เกิน .85 จึงกล่าวได้ว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุและได้แสดงรายละเอียดของแต่ละตัวแปร ดังนี้

ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตภายในตัวแปรแฝง พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .381 ถึง .509 โดยการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนกับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพด้านมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .509 อิทธิพลทางความคิดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .194 ถึง .466 โดยอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองกับด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .466 ในขณะที่กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .262 ถึง .697 โดยกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความอิสระในตนเองกับด้านการควบคุมสิ่งเร้ามีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .697 และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .126 ถึง .631 โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านจัดการกับความเครียดกับด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .631

ในขณะที่ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตภายนอกตัวแปรแฝง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .118 ถึง .468 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสัมพันธภาพแบบเกื้อกูลมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .468 ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (การสนับสนุนทางสังคม กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .163 ถึง .446 ซึ่งความไว้วางใจในทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ

.446 ส่วนอิทธิพลทางความคิดมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .113 ถึง .587 ซึ่งอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการควบคุมสิ่งเร้ามีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .587 ในขณะที่กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .113 ถึง .587 โดยกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการควบคุมสิ่งเร้ากับอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .587 และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ อิทธิพลทางความคิดการสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .117 ถึง .457 ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .457

ตาราง 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ใช้ในงานวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง (n=345)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1.สนับสนุนจากครอบครัว	1																						
2.สนับสนุนจากชุมชน	.399"	1																					
3.สนับสนุนจากทีมสุขภาพ	.440"	.507"	1																				
4.ความไว้วางใจ	.294"	.365"	.504"	1																			
5.การรับรู้ความสามารถ	.390"	.234"	.297"	.397"	1																		
6.การรับรู้ประโยชน์	.314"	.244"	.246"	.264"	.430"	1																	
7.การรับรู้อุปสรรค	.143"	.222"	.218"	.169"	.135"	.332"	1																
8.แสดงออกปลดปล่อยอารมณ์	.310"	.299"	.259"	.223"	.302"	.331"	.254"	1															
9.การเพิ่มความตระหนักรู้	.183"	.324"	.213"	.200"	.212"	.203"	.133"	.560"	1														
10.การได้ตรงด้านสิ่งแวดล้อม	.325"	.252"	.165"	.291"	.413"	.389"	.287"	.408"	.277"	1													
11.การได้ตรงตนเอง	.288"	.344"	.193"	.300"	.402"	.380"	.209"	.453"	.368"	.591"	1												
12.การปลดปล่อยทางสังคม	.331"	.440"	.301"	.333"	.383"	.275"	.129"	.369"	.300"	.299"	.384"	1											
13.การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม	.366"	.366"	.319"	.320"	.394"	.387"	.346"	.463"	.399"	.481"	.501"	.480"	1										
14.สัมพันธ์ภาพแบบเกื้อกูล	.411"	.439"	.382"	.363"	.362"	.296"	.201"	.478"	.434"	.384"	.446"	.465"	.530"	1									
15.การให้การเสริมแรง	.468"	.341"	.359"	.349"	.413"	.278"	.103"	.363"	.319"	.382"	.408"	.379"	.495"	.533"	1								
16.ความอิสระในตนเอง	.389"	.292"	.236"	.275"	.500"	.362"	.213"	.428"	.306"	.466"	.410"	.367"	.543"	.449"	.597"	1							
17.การควบคุมสิ่งไร้	.332"	.312"	.259"	.292"	.494"	.385"	.265"	.345"	.271"	.432"	.450"	.359"	.539"	.407"	.521"	.689"	1						
18.โภชนาการ	.221"	.095"	.000"	-.009"	.239"	.219"	.188"	.158"	.108"	.153"	.153"	.160"	.194"	.182"	.198"	.313"	.355"	1					
19.เคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.184"	.210"	.085"	.133"	.293"	.246"	.275"	.258"	.171"	.189"	.199"	.209"	.313"	.208"	.284"	.398"	.356"	.353"	1				
20.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.216"	.306"	.256"	.214"	.340"	.299"	.257"	.342"	.323"	.270"	.283"	.238"	.311"	.303"	.255"	.327"	.357"	.301"	.528"	1			
21.จัดการกับความเครียด	.256"	.262"	.186"	.147"	.317"	.302"	.255"	.348"	.354"	.328"	.300"	.194"	.414"	.327"	.316"	.329"	.378"	.321"	.414"	.499"	1		
22.ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.357"	.388"	.314"	.225"	.273"	.230"	.287"	.374"	.287"	.280"	.301"	.356"	.342"	.392"	.333"	.278"	.302"	.184"	.334"	.459"	.483"	1	
23.การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.291"	.260"	.148"	.108"	.322"	.267"	.283"	.359"	.297"	.360"	.296"	.185"	.387"	.288"	.328"	.301"	.403"	.292"	.414"	.462"	.644"	.545"	1

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 14 พบว่า ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า คู่ของตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด ได้แก่ ความอิสระในตนเองกับการควบคุมสิ่งเร้ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ 0.689 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรที่ทำการศึกษานั้นไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันมากจนเกินไป สอดคล้องกับ Kline (2005) ได้กล่าวว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่มีค่าสูงกว่า .85 จะเกิดปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) แต่ตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตไม่เกิน .85 จึงกล่าวได้ว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุและได้แสดงรายละเอียดของแต่ละตัวแปร ดังนี้

ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตภายในตัวแปรแฝง พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .399 ถึง .507 โดยการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนกับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันสูงสุดมีค่าเท่ากับ .507 อิทธิพลทางความคิดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .135 ถึง .430 โดยอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองกับด้านการรับรู้ประโยชน์มีความ

สัมพันธ์กันสูงสุดมีค่าเท่ากับ .430 ในขณะที่กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .271 ถึง .689 โดยกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความอิสระในตนเองกับด้านการควบคุมสิ่งเร้ามีความสัมพันธ์กันสูงสุดมีค่าเท่ากับ .689 และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .184 ถึง .644 โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านจัดการกับความเครียดกับด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กันสูงสุดมีค่าเท่ากับ .644

ในขณะที่ความสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตภายนอกตัวแปรแฝง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .143 ถึง .504 ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพกับความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันสูงสุดมีค่าเท่ากับ .504 ส่วนความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (การสนับสนุนทางสังคม กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิดและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .108 ถึง .504 ซึ่งความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันสูงสุดมีค่าเท่ากับ .504 อิทธิพลทาง

ความคิดมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .129 ถึง .500 ซึ่งอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความมีอิสระในตนเองมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .500 ในขณะที่กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .108 ถึง .500 โดยกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความมีอิสระในตนเองกับอิทธิพลทางความคิดด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .500 และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น (ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ อิทธิพลทางความคิดการสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นค่าเชิงบวก อยู่ระหว่าง .108 ถึง .414 ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการฝึกเงื่อนไขตรงกันข้ามมีความสัมพันธ์กันสูงที่สุดมีค่าเท่ากับ .414

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1. การตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพเที่ยงตรงและเชื่อมั่น

1.1 ผู้วิจัยสร้างแบบวัดตามวัตถุประสงค์ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสร้างข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับบริบทงานวิจัยและครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโภชนาการจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณจำนวน 7 ข้อ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียดจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ แทบไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง เป็นประจำ (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือกรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, และ 1 จาก เป็นประจำ ถึง แทบไม่เคยปฏิบัติ และข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จาก แทบไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง เป็นประจำ (5 คะแนน) ถ้าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 40 ข้อ

1.2 นำแบบวัดมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบการใช้ภาษา ความถูกต้อง ชัดเจนของข้อคำถามให้ตรงกับเนื้อหาทฤษฎี ความครอบคลุมของข้อความตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปร ผู้วิจัยได้รวบรวมประเด็นข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ แนวทางการปรับแก้จากผู้เชี่ยวชาญ มาทำการปรับแก้ข้อคำถามของแต่ละแบบวัดให้มีความสมบูรณ์และนำแบบวัดมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC จากข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับ 1 จำนวน 19 ข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-0.80 จำนวน 15 ข้อ ส่วนข้อที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.50 มีจำนวน 6 ข้อ ดังนั้นข้อคำถามที่มีค่า IOC ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ ได้ข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ ก่อนจะนำไปทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นต่อไป

1.3 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดฉบับทดลองใช้ ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในต่างชุมชนที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน พบว่ามีข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.30 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถาม เหลือข้อคำถามที่นำไปใช้จริงจำนวน 36 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.304-0.678 มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.932

2. การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพฉบับใช้จริง จำนวน 36 ข้อ ในกลุ่มตัวอย่าง 690 คน

2.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 345 คน และกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 345 รวมจำนวน 690 คน พบว่าแบบวัดฉบับจริงมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .928 มีค่าความเชื่อมั่นด้านโภชนาการเท่ากับ 0.469 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 0.789 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง เท่ากับ 0.876 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.868 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณเท่ากับ 0.849 และด้านการจัดการกับความเครียดเท่ากับ 0.811 และทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยกว่า 0.30 โดยตัดออกทีละข้อคำถาม จนแบบจำลองดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่า $\chi^2 = 518.66$, $df = 194$, $p < 0.001$, CFI = 0.98, GFI = 0.94, NNFI = 0.97, RMSEA = 0.049, SRMR = 0.038 เมื่อพิจารณาค่าดัชนีเหล่านี้กับเกณฑ์ความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น

จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.50-0.84 และมีจำนวนข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปรับใหม่ มีจำนวน 22 ข้อโดยที่จำนวนตัวแปรสังเกตและนิยามเชิงปฏิบัติการคงเดิม

2.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 แสดงผลดังตาราง 15

ตาราง 15 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Factor Loading:) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-values) ค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (CR) และความเที่ยงตรงเชิงสูง (AVE) ของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1

ข้อ	องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกต	λ	SE	t-values	CR	AVE
องค์ประกอบที่ 1 ด้านโภชนาการ					0.61	0.34
2	ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิหรือน้ำมัน.....	0.50	0.75	10.77		
4	ฉันดื่มน้ำชา กาแฟที่ใส่น้ำตาล น้ำอัดลมเครื่องดื่ม.....	0.65	0.58	13.54		
5	ฉันใส่ผงชูรส หรือผงปรุงรส เพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหาร..	0.60	0.63	12.84		
องค์ประกอบที่ 2 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย					0.78	0.54
6	ฉันเริ่มออกกำลังกายเบาๆ ก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้น	0.77	0.40	21.32		
8	ฉันเดินขึ้นลงบันได หรือ เดิน หรือ ปั่นจักรยานแทน ...	0.63	0.60	16.79		
10	ฉันออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เดินแกว่งแขน	0.79	0.37	22.00		
องค์ประกอบที่ 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					0.78	0.54
12	ฉันหมั่นเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อ....	0.84	0.30	24.78		
13	เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพฉันจะสอบถามหรือหา.....	0.75	0.44	21.40		
14	ฉันหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ	0.70	0.51	19.64		
องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					0.82	0.47
17	ฉันรู้สึกไม่สบายใจหรือกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	0.54	0.71	14.24		
18	ฉันติดต่อกับแพทย์ หรือเยี่ยมเยียนญาติ / คนในชุมชน ...	0.71	0.50	19.85		
20	ฉันยอมรับความคิดเห็นและการกระทำต่างๆ ของสมาชิก	0.74	0.45	21.21		
21	ฉันให้ความช่วยเหลือญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิด	0.74	0.45	21.12		
22	ฉันพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้าน.....	0.70	0.50	19.76		

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อ	องค์ประกอบ/ตัวแปรสังเกต	λ	SE	t-values	CR	AVE
องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ					0.73	0.47
24	ฉันพยายามให้กำลังใจตัวเองว่ามีสุขภาพแข็งแรง	0.67	0.56	18.04		
26	ฉันตั้งใจเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีกิจกรรม..	0.70	0.52	19.06		
28	ฉันจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ให้น่าดู น่าอยู่	0.70	0.51	19.11		
องค์ประกอบที่ 6 ด้านการจัดการกับความเครียด					0.80	0.44
31	ฉันใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเอง เช่น สวดมนต์..	0.59	0.66	15.62		
33	เมื่อฉันไม่สบายใจหรือมีความเครียดฉันจะพยายาม..	0.67	0.55	18.63		
34	ฉันร่วมสนทนากับกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ	0.63	0.60	17.15		
35	ฉันแบ่งเวลาในการทำงานกับพักผ่อนให้เหมาะสม...	0.74	0.45	21.11		
36	เมื่อเกิดปัญหาฉันจะคิดหาทางควบคุมสถานการณ์...	0.70	0.51	19.48		
$\chi^2 = 518.66, df = 194, p < 0.001, CFI = 0.98, GFI = 0.94, NNFI = 0.97, RMSEA = 0.049, RMR = .038$						

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบของโมเดลโครงสร้างแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีจำนวน 6 องค์ประกอบ 22 ตัวแปรสังเกต ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานของตัวชี้วัดทั้ง 22 ตัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.50 - 0.84 โดย องค์ประกอบที่ 1 ด้านโภชนาการ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ตั้งแต่ 0.50 - 0.65 องค์ประกอบที่ 2 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ตั้งแต่ 0.63 - 0.79 องค์ประกอบที่ 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ตั้งแต่ 0.70 - 0.84 องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ตั้งแต่ 0.54 - 0.74 องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ตั้งแต่ 0.67 - 0.70 และองค์ประกอบที่ 6 ด้านการจัดการกับความเครียดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ตั้งแต่ 0.59 - 0.74 ส่วนค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน มีค่าตั้งแต่ 0.30 - 0.75 และผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า t ตั้งแต่ 10.77 - 24.78 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดได้ (AVE) มีค่าระหว่าง 0.34 - 0.54 พบว่า องค์ประกอบที่ 2 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีค่าเท่ากับ 0.54 และองค์ประกอบที่ 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.54 ซึ่งมีความมากกว่า .50 แสดงว่ามีความเที่ยงตรงเชิงลู่เข้า (Convergent Validity) ดี และความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง (Construct

Reliability) ค่าระหว่าง 0.61 - 0.82 พบว่า องค์ประกอบที่ 2 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย และ องค์ประกอบที่ 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.78 องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเท่ากับ 0.82 องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ มีค่าเท่ากับ 0.73 และองค์ประกอบที่ 6 ด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าเท่ากับ 0.80 ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้ง 5 องค์ประกอบมีความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงสูง (Construct Reliability > 0.70)

2.3 ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบรายด้าน แสดงผลดังตาราง 16

ตาราง 16 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (Factor Loading: λ) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t-values) และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการวิเคราะห์องค์ประกอบรายด้าน

องค์ประกอบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	λ	SE	t-values	R ²
โภชนาการ	.39	.85	9.17	.15
ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	.64	.59	16.02	.41
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.71	.49	19.63	.51
การจัดการกับความเครียด	.65	.57	17.40	.43
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.75	.43	19.59	.57
การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	.68	.54	18.19	.46

$\chi^2 = 9.60$, $df = 6$, $p\text{-value} = 0.14269$, $\chi^2/df = 1.60$, $RMSEA = 0.029$, $RMR = 0.012$, $SRMR = 0.016$, $CFI = 1.00$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 0.98$, $CN = 1222.17$

จากตาราง 16 ผลการวิเคราะห์หัดชี้ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดล องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าค่า $\chi^2 = 9.60$, $df = 6$, $p\text{-value} = 0.14269$, $\chi^2/df = 1.60$, $RMSEA = 0.029$, $RMR = 0.012$, $SRMR = 0.016$, $CFI = 1.00$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 0.98$, $CN = 1222.17$ เมื่อพิจารณาค่าดัชนีเหล่านี้กับเกณฑ์ความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น สรุปได้ว่าโมเดลองค์ประกอบรายด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ทั้ง 6 องค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ตั้งแต่ 0.39 -

0.71 โดยพบว่าองค์ประกอบที่ 1 ด้านโภชนาการ องค์ประกอบที่ 2 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย องค์ประกอบที่ 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และองค์ประกอบที่ 6 ด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.39, 0.64, 0.71, 0.65, 0.75 และ 0.68 ตามลำดับ ส่วนค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน มีค่าตั้งแต่ 0.43 - 0.85 และผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า t ตั้งแต่ 9.17- 19.63 ไม่นัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า R^2 ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นขององค์ประกอบ ตั้งแต่ 0.15 - 0.57 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรแฝงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 15-57

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

การวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1 แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม ตามสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.1 กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.2 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความไว้วางใจ อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.3 อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

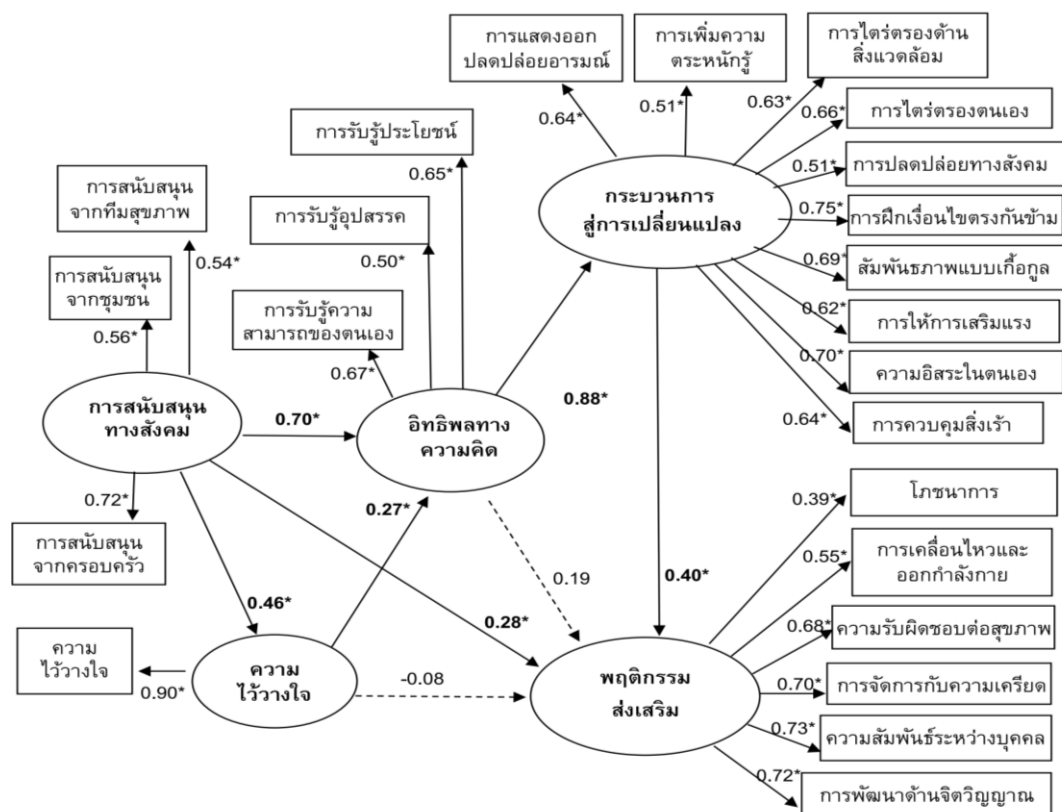
สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.4 ความไว้วางใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่าน อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์โมเดลลิสเรล (Linear Structural Relationship Model: LISREL) เป็นการตรวจสอบแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ได้พัฒนาขึ้นจากรากฐานทางทฤษฎีว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ จากนั้นนำมาพิจารณาขนาดอิทธิพลที่ปรากฏในโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้น ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐาน ถ้าพบว่าแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจะปรับแก้แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุให้มีความกลมกลืนมากยิ่งขึ้น โดยพิจารณาจากรายงานค่าดัชนีการปรับแก้ (Modification Index) และคำนึงถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในเชิงแนวคิดและทฤษฎี ตลอดจนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปได้ในการอธิบายผลการวิจัยจากการปรับแก้แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วย ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

จากผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดตามวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัย โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความกลมกลืน พบว่า แบบจำลองตามสมมติฐานยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน (Fit Index) ดังนี้ $\chi^2 = 1480.21$, $df = 223$, $p\text{-value} < 0.001$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะอย่างยิ่งคมีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2/df = 6.63$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะอย่างยิ่งคมีค่ามากกว่า 5.00 $RMSEA = 0.090$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะอย่างยิ่งคมีค่ามากกว่า 0.05 ค่า $RMR = 0.044$ ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 $SRMR = 0.061$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.05 $CFI = 0.95$ ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.90 $GFI = 0.84$ ไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.90 $AGFI = 0.81$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.90 และ $CN = 146.88$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 200.00 ผลการดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) ยังไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ χ^2 , χ^2/df , $RMSEA$, $SRMR$, GFI , $AGFI$ และ CN ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ (Joreskog & Sorbom, 1996, p. 121-122) ผลการวิเคราะห์แบบจำลองตามสมมติฐาน

ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแก้แบบจำลองโดยการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในทางทฤษฎีและการอธิบายผล ประกอบกับการรายงานค่าดัชนีการปรับแก้ (Modification Index) โดยได้ทำการปรับแก้แบบจำลองโดยการยอมให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตบางคู่มีความสัมพันธ์กัน ในการปรับแก้แบบจำลองดังกล่าว พบว่า แบบจำลองที่ได้ดำเนินการปรับแก้ (Adjust Model) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งพิจารณาจากค่าดัชนีความกลมกลืน

(Fit Index) ดังนี้ $\chi^2 = 461.39$, $df = 189$, $p\text{-value} < 0.001$ ยังไม่ผ่านเกณฑ์เพราะว่ายังมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < .05$) แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากค่าสถิติทดสอบ χ^2 มีความอ่อนไหวกับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาจากค่า χ^2/df ร่วมด้วย พบว่ามีค่าเท่ากับ 2.44 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดเพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 5.00 CFI = 0.99 ผ่านเกณฑ์แล้วเพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.90 GFI = 0.94 ผ่านเกณฑ์แล้วเพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.90 และ AGFI = 0.92 ผ่านเกณฑ์เพราะว่ามีค่ามากกว่า 0.90 RMSEA = 0.046 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดเพราะว่ามีค่าน้อยกว่า .05 RMR = 0.028 ผ่านเกณฑ์แล้วเพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 และ SRMR = 0.040 ผ่านเกณฑ์แล้วเพราะว่ามีค่าน้อยกว่า 0.05 และ CN = 360.57 ผ่านเกณฑ์เพราะว่ามีค่ามากกว่า 200.00 จากค่าดัชนีความกลมกลืนดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองสมการโครงสร้างที่ดำเนินการปรับแก้ (Adjust Model) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการประมาณค่าพารามิเตอร์ในแบบจำลองดังกล่าวจึงเป็นที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างที่ดำเนินการปรับแก้ ดังภาพประกอบ 9 และตาราง 17



หมายเหตุ :

* หมายถึง $p < .05$

เส้นประ ----- หมายถึง $p > .05$

ภาพประกอบ 9 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสองของตัวแปร

	R ²	อิทธิพล	ตัวแปรต้น			
			ความไว้วางใจ	อิทธิพลทางความคิด	กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	การสนับสนุนทางสังคม
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.59	DE	-0.08 (-1.56)	0.19 (0.93)	0.40* (3.12)	0.28* (2.33)
		IE	0.15* (3.09)	0.35* (3.17)		0.41* (3.87)
		TE	0.06 (1.28)	0.54* (3.61)	0.40* (3.12)	0.69* (8.28)
กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	0.77	DE		0.88* (13.17)		
		IE	0.24* (5.89)			0.73* (13.04)
		TE	0.24* (5.89)	0.88* (13.17)		0.73* (13.04)
อิทธิพลทางความคิด	0.75	DE	0.27* (5.98)			0.70* (11.97)
		IE				0.12* (5.99)
		TE	0.27* (5.98)			0.83* (14.13)
ความไว้วางใจ	0.21	DE				0.46* (8.62)
		IE				
		TE				0.46* (8.62)

$\chi^2 = 461.39$, $df = 189$, $p\text{-value} < 0.001$, $\chi^2/df = 2.44$, $RMSEA = 0.046$, $RMR = 0.028$, $SRMR = 0.040$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.94$, $AGFI = 0.92$, $CN = 360.57$

หมายเหตุ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

จากตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และความไว้วางใจ มีค่าเท่ากับ .59, .77, .75 และ .21 ตามลำดับ โดยตัวแปรสาเหตุภายในรูปแบบความสัมพันธ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และความไว้วางใจ ได้ร้อยละ 59, 77, 75 และ 21 ตามลำดับ

จากภาพประกอบ 9 และตาราง 17 พบว่าผลการวิเคราะห์สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกต

ตัวแปรแฝงทุกตัวมีการทดสอบนัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรแฝงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.39 ถึง 0.73 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ตัวแปรแฝงกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.51 ถึง 0.75 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม

ตัวแปรแฝงอิทธิพลทางความคิดพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.50 ถึง 0.67 ตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.54 ถึง 0.72 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากครอบครัว

ตัวแปรความไว้วางใจ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.90

2. อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อย คือตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม 0.69 มีอิทธิพลทั้งทางตรง 0.28 และอิทธิพลทางอ้อม 0.41 ตัวแปรอิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลรวม 0.54 มีอิทธิพลทางอ้อม 0.35 แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรงตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลรวม 0.40 มีอิทธิพลทางตรง 0.40 แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อม และตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลทางอ้อม 0.15 แต่ไม่มีอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรง ซึ่งตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 59

กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือตัวแปรอิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลรวม 0.88 และมีอิทธิพลทางตรง 0.88 แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม 0.73 และมีอิทธิพลทางอ้อม 0.73 แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรงและตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลรวม 0.24 และมีอิทธิพลทางอ้อม 0.24 แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรงซึ่งตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 77

อิทธิพลทางความคิด จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออิทธิพลทางความคิด เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม 0.83 มีอิทธิพลทั้งทางตรง 0.70 และอิทธิพลทางอ้อม 0.12 และตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลรวม 0.27 และมีอิทธิพลทางตรง 0.27 แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมซึ่งตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรอิทธิพลทางความคิดได้ร้อยละ 75

ความไว้วางใจจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าไม่มีเพียงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลรวม 0.46 มีอิทธิพลทางตรง 0.46 แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อมซึ่งตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนตัวแปรความไว้วางใจได้ร้อยละ 21

สรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลโดยรวมของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยนำเสนอ 2 ประเด็นคือ 1) ผลสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัย และ 2) ผลไม่สอดคล้องสมมติฐานการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ผลสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัย ได้แก่

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.1 คือ “กระบวนการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ” ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.2 คือ “การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความไว้วางใจ อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลง” ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.28 และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านความไว้วางใจ อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงผ่านความไว้วางใจ และอิทธิพลทางความคิดโดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.3 คือ “อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลง” ผลการวิจัยพบว่า อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลง โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.4 คือ “ความไว้วางใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่าน อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลง”ผลการวิจัยพบว่าความไว้วางใจมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านอิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลงโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.15 อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย

2. ผลไม่สอดคล้องสมมติฐานการวิจัย ได้แก่

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.3 คือ “อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลง” ผลการวิจัย พบว่า อิทธิพลทางความคิดไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.4 คือ “ความไว้วางใจมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่าน อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลง”ผลการวิจัย พบว่าความไว้วางใจไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อนี้

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวแปรผลเกิดจากตัวแปรสาเหตุหลายปัจจัย ซึ่งสามารถอธิบายภายใต้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้ข้อค้นพบ ดังนี้ 1) กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรผล 2) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรผล และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความไว้วางใจ อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลง 3) อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรผล โดยผ่าน

กระบวนการเปลี่ยนแปลง 4) ความไว้วางใจมีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรผลโดยผ่านอิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลง 5) การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงผ่านความไว้วางใจ และ อิทธิพลทางความคิด และ 6) อิทธิพลทางความคิดและความไว้วางใจไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรผลดังนั้นผู้วิจัยได้สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยแสดงดังตาราง 18

ตาราง 18 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้	ผลสอดคล้องกับสมมติฐาน	ผลไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีขนาดอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	กระบวนการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	-
สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.2 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความไว้วางใจ อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงโดยมีขนาดอิทธิพลทางความคิด และกระบวนการเปลี่ยนแปลง	การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.28 และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความไว้วางใจ อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงผ่านความไว้วางใจ และอิทธิพลทางความคิดโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.73 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	-
สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.3 อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	อิทธิพลทางความคิดไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตาราง 18 (ต่อ)

สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้	ผลสอดคล้องกับสมมติฐาน	ผลไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน
สมมติฐานการวิจัยข้อ 1.4	ความไว้วางใจมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่าน	ความไว้วางใจไม่มีอิทธิพล
ความไว้วางใจมีอิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางความคิด และกระบวนการ	ทางตรงต่อพฤติกรรม
ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	เปลี่ยนแปลงโดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.15	ส่งเสริมสุขภาพ
และมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่าน	อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	
อิทธิพลทางความคิด และ		
กระบวนการเปลี่ยนแปลง		

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง มีความแตกต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง มีความแตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

การวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายกับกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงแตกต่างกันหรือไม่ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่มีกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลในแบบจำลองเท่ากันระหว่างกลุ่ม 2) ขั้นที่ 1 เพิ่มเงื่อนไขให้น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปร

สังเกตภายนอกบนตัวแปรแฝงภายนอกทุกตัวในแบบจำลองให้เท่ากัน 3) ขั้นที่ 2 เพิ่มเงื่อนไขให้น้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตภายในบนตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองให้เท่ากัน 4) ขั้นที่ 3 เพิ่มเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองให้เท่ากัน และ 5) ขั้นที่ 4 เพิ่มเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองให้เท่ากัน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบของแบบจำลอง ดังตาราง 19



ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

เงื่อนไข	เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน							
	χ^2	df	p	RMSEA	χ^2 / df	χ^2 (ผลต่าง)	df (ผลต่าง)	p
ขั้นตอนที่ 1 :รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่มีกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลในแบบจำลองเท่ากันระหว่างกลุ่ม	714.27	405	<.05	0.047	1.74	-	-	-
ขั้นตอนที่ 2 : ขั้นที่ 1 เพิ่มเงื่อนไขให้หน้าหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตภายนอกบนตัวแปรแฝงภายนอกทุกตัวในแบบจำลองให้เท่ากัน	715.05	407	<.05	0.047	1.65	0.78 (ขั้นที่ 2 – ขั้นที่ 1)	2 (ขั้นที่ 2 – ขั้นที่ 1)	.34
ขั้นตอนที่ 3 : ขั้นที่ 2 เพิ่มเงื่อนไขให้หน้าหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตภายในบนตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองให้เท่ากัน	725.72	423	<.05	0.046	1.71	10.67 (ขั้นที่ 3 – ขั้นที่ 2)	16 (ขั้นที่ 3 – ขั้นที่ 2)	0.06
ขั้นตอนที่ 4 : ขั้นที่ 3 เพิ่มเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองให้เท่ากัน	736.70	426	<.05	0.046	1.72	10.98 (ขั้นที่ 4 – ขั้นที่ 3)	3 (ขั้นที่ 4 – ขั้นที่ 3)	.01

ตาราง 19 (ต่อ)

เงื่อนไข	เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน					
	χ^2	df	p	RMSEA	χ^2 / df	χ^2 (ผลต่าง) df (ผลต่าง) p
ขั้นตอนที่ 4.1: ขั้นที่ 3 เพิ่มเงื่อนไขให้คำอธิบายของการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความไว้วางใจให้เท่ากัน	729.96	424	<.05	0.046	1.72	4.24 (ขั้น 4.1 – ขั้น 3) 1 (ขั้น 4.1 – ขั้น 3) 0.02
ขั้นตอนที่ 4.2: ขั้นที่ 3 เพิ่มเงื่อนไขให้คำอธิบายของสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่ออิทธิพลทางความคิดให้เท่ากัน	726.84	424	<.05	.046	1.71	1.12 (ขั้น 4.2 – ขั้น 3) 1 (ขั้น 4.2 – ขั้น 3) 0.22
ขั้นตอนที่ 4.3: ขั้นที่ 3 เพิ่มเงื่อนไขให้คำอธิบายของสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เท่ากัน	730.15	424	<.05	.046	1.72	4.43 (ขั้น 4.3 – ขั้น 3) 1 (ขั้น 4.2 – ขั้น 3) 0.02
ขั้นตอนที่ 5: ขั้นที่ 4 เพิ่มเงื่อนไขให้คำอธิบายของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลกระทบต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองให้เท่ากัน	741.16	431	<.05	0.046	1.71	11.01 7 0.04

ตาราง 19 (ต่อ)

เงื่อนไข	เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน				
	χ^2	df	p	RMSEA	χ^2 / df
เงื่อนไข					
χ^2 (ผลต่าง)					
df (ผลต่าง)					
p					
ขั้นตอนที่ 5.1: ขั้นที่ 4 เพิ่มเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	737.03	427	<.05	0.046	1.72
	0.33	1			
	(ขั้น 5.1 – ขั้น 4)	(ขั้น 5.1 – ขั้น 4)			
ขั้นตอนที่ 5.2: ขั้นที่ 4 เพิ่มเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของอิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	736.93	427	<.05	0.046	1.72
	0.23	1			
	(ขั้น 5.2 – ขั้น 4)	(ขั้น 5.2 – ขั้น 4)			
	4)	4)			
ขั้นตอนที่ 5.3: ขั้นที่ 4 เพิ่มเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของความไว้วางใจที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	739.10	427	<.05	0.046	1.73
	2.40	1			
	(ขั้น 5.3 – ขั้น 4)	(ขั้น 5.3 – ขั้น 4)			
	4)	4)			
ขั้นตอนที่ 5.4: ขั้นที่ 4 เพิ่มเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของอิทธิพลทางความคิด ที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	736.69	427	<.05	0.046	1.72
	-.01	1			
	(ขั้น 5.4 – ขั้น 4)	(ขั้น 5.4 – ขั้น 4)			
	4)	4)			
ขั้นตอนที่ 5.5: ขั้นที่ 4 เพิ่มเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของความไว้วางใจที่ส่งผลกระทบต่ออิทธิพลทางความคิด	736.73	427	<.05	0.046	1.72
	0.03	1			
	(ขั้น 5.1 – ขั้น 4)	(ขั้น 5.1 – ขั้น 4)			
	4)	4)			

จากตาราง 19 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้าง ระหว่างกลุ่มเพศชายกับกลุ่มเพศหญิง พบว่าในขั้นตอนที่ 1 คือ ผลการวิเคราะห์โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้แบบจำลองทั้ง 2 กลุ่มมีความเท่ากัน พบว่าดัชนีความกลมกลืนบ่งบอกว่า แบบจำลองที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2/df < .50$, RMSEA $< .08$) แสดงว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่อาจแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจึงต้องดำเนินการทดสอบในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่สอง คือ การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกทุกตัวในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับกลุ่มเพศหญิงเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นตอนที่ 1 และกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมให้น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกทุกตัวในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 1 กับขั้นตอนที่ 2 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 1 กับขั้นตอนที่ 2 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ($\chi^2_{diff} = 0.78$, $df_{diff} = 2$) แสดงว่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตภายนอกบนตัวแปรแฝงภายนอกทุกตัว ในแบบจำลองระหว่างกลุ่มเพศชายกับกลุ่มเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่สาม คือ การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตภายในของตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นตอนที่ 2 และกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมให้น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตภายในของตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 3 กับขั้นตอนที่ 2 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 3 กับขั้นตอนที่ 2 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ($\chi^2_{diff} = 10.67$, $df_{diff} = 16$) แสดงว่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตภายในบนตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่สี่ คือ การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 3 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4 กับขั้นตอนที่ 3 บนผลต่างของ

ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4 กับขั้นตอนที่ 3 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 10.98, df_{\text{diff}} = 3$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายใน อย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ในแบบจำลองระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงแตกต่างกันจึงได้ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง คู่ความสัมพันธ์ใดที่แตกต่างกันดังนี้

ขั้นตอนที่ 4.1 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 3 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.1 กับขั้นตอนที่ 3 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.1 กับขั้นตอนที่ 3 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 4.24, df_{\text{diff}} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนที่ 4.2 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิดเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 3 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิดในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.2 กับขั้นตอนที่ 3 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.2 กับขั้นตอนที่ 3 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 1.12, df_{\text{diff}} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิดในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง ไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 4.3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 3 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปร

แฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลอง ขั้นตอนที่ 4.3 กับขั้นตอนที่ 3 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.3 กับขั้นตอนที่ 3 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 4.43$, $df_{\text{diff}} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนที่ห้า คือ การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 11.01$, $df_{\text{diff}} = 7$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายใน อย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ในแบบจำลองระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกัน จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง คู่ความสัมพันธ์ใดที่แตกต่างกันดังนี้

ขั้นตอนที่ 5.1 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายใน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.1 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.1 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 0.33$, $df_{\text{diff}} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5.2 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อ ตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อ ตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.2 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.2 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 0.23$, $df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อ ตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5.3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.3 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.3 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 2.40$, $df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5.4 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิด ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง เท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.4 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.4 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 10.01$, $df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิด ที่

ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ในแบบจำลองสมการโครงสร้าง ระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนที่ 5.5 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิดเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายในได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิดในแบบจำลองทั้งสองกลุ่ม ให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.5 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.5 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 0.03$ $df_{\text{diff}} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายในได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิด ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน



จากตาราง 19 และภาพประกอบ 10 พบว่าแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรน้ำหนักร่องประกอบของตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดตัวแปรแฝง และค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัวไม่แตกต่างกัน แต่มีค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในแตกต่างกันบางส่วน โดยพบความแตกต่างในเส้นความสัมพันธ์ 3 เส้น คือ 1) ค่าอิทธิพลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.57 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.36 2) ค่าอิทธิพลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ

เพศชายมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.43 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ค่าอิทธิพลของตัวแปรอิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.87 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.88

ดังนั้น จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ได้กล่าวว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงแตกต่างกัน พบว่าผลสอดคล้องตามสมมติฐานบางส่วน คืออิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจ และตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายกับกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ อิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย พบว่า จากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ $\chi^2 = 714.27$, $df = 405$, $p\text{-value} < 0.001$, $\chi^2/df = 1.76$, $RMSEA = 0.047$, $RMR = 0.033$, $SRMR = 0.046$, $CFI = 0.98$, $GFI = 0.92$ ซึ่งมีดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์



ภาพประกอบ 11 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของตัวแปร กลุ่มเพศชาย (n=345) โดยกำหนดให้รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่มีกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลในแบบจำลองเท่ากันระหว่างกลุ่ม

	R ²	อิทธิพล	ตัวแปรต้น			
			ความไว้วางใจ	อิทธิพลทางความคิด	กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	การสนับสนุนทางสังคม
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.62	DE	-0.02 (-0.28)	0.06 (0.21)	0.37*(2.12)	0.44*(2.38)
		IE	0.10 (1.71)	0.32*(2.15)		0.31*(2.29)
		TE	0.08(1.11)	0.38*(1.99)	0.37*(2.12)	0.74*(6.50)
กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	0.77	DE		0.88*(9.85)		
		IE	0.23*(3.74)			0.73*(8.83)
		TE	0.23*(3.74)	0.88*(9.85)		0.73*(8.83)
อิทธิพลทางความคิด	0.74	DE	0.26*(3.83)			0.71*(7.46)
		IE				0.14*(4.02)
		TE	0.26*(3.83)			0.83*(9.17)
ความไว้วางใจ	0.28	DE				0.55*(7.14)
		IE				
		TE				0.55*(7.14)

$\chi^2 = 714.27$ df = 405 p-value < 0.001, $\chi^2/df = 1.76$, RMSEA = 0.047, RMR = 0.033, SRMR = 0.046,

CFI = 0.98, GFI = 0.92, CN = 448.54 (Global Goodness of Fit Statistics)

หมายเหตุ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05)

จากภาพประกอบ 11 และตาราง 20 พบว่าผลการวิเคราะห์สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกต

ตัวแปรแฝงทุกตัวมีการทดสอบนัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรแฝงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.39 ถึง 0.74 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

ตัวแปรแฝงกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.46 ถึง 0.71 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ สัมพันธภาพเกื้อกูล

ตัวแปรแฝงอิทธิพลทางความคิดพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.47 ถึง 0.67 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.50 ถึง 0.73 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากครอบครัว

ตัวแปรความไว้วางใจ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.90

2. อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้

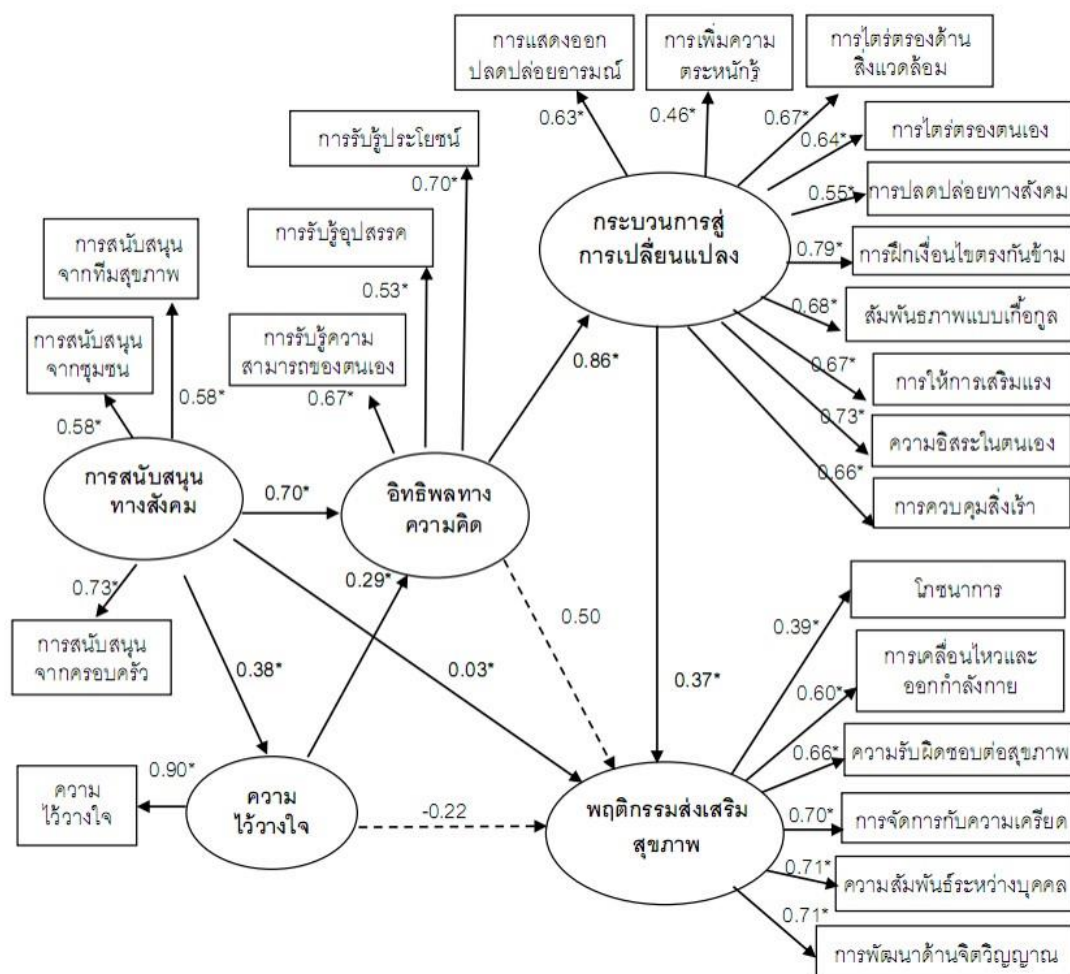
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลรวม .74 มีอิทธิพลทางตรง .44 และมีอิทธิพลทางอ้อม .31 ตัวแปรอิทธิพลทางความคิดสังคม มีอิทธิพลรวม .38 และมีอิทธิพลทางอ้อม .32 และตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลรวม .37 และมีอิทธิพลทางตรง .37 ตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ

กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือตัวแปรอิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลรวม .88 และมีอิทธิพลทั้งทางตรง .88 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม .73 และมีอิทธิพลทางอ้อม .73 และตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลรวม .23 และมีอิทธิพลทางอ้อม .23 ตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 77

อิทธิพลทางความคิดผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออิทธิพลทางความคิด เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม .83 มีอิทธิพลทั้งทางตรง .71 และอิทธิพลทางอ้อม .14 ตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลรวม .26 และมีอิทธิพลทางตรง .26 ตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรอิทธิพลทางความคิดได้ร้อยละ 74

ความไว้วางใจผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีเพียงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลรวม .55 มีอิทธิพลทางตรง .55 และสามารถอธิบายความแปรปรวนตัวแปรความไว้วางใจได้ร้อยละ 28

จากผลการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า จากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ $\chi^2 = 714.27$, $df = 405$, $p\text{-value} < 0.001$, $\chi^2/df = 1.76$, $RMSEA = 0.047$, $RMR = 0.033$, $SRMR = 0.046$, $CFI = 0.98$, $GFI = 0.92$ ซึ่งมีดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์



ภาพประกอบ 12 แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสองของตัวแปร กลุ่มเพศหญิง (n=345) โดยกำหนดให้รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่มีกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลในแบบจำลองเท่ากันระหว่างกลุ่ม

ตัวแปรต้น					
	R ²	อิทธิพล	ความไว้วางใจ	อิทธิพลทาง ความคิด	กระบวนการสู่ การเปลี่ยนแปลง ทางสังคม
พฤติกรรม	0.59	DE	-0.22 (2.62)	0.50 (1.73)	0.37*(2.17)
ส่งเสริมสุขภาพ		IE	0.23*(2.91)	0.32*(2.15)	0.58*(4.23)
		TE	0.02(0.21)	0.82*(4.19)	0.37*(2.17)
กระบวนการสู่ การเปลี่ยนแปลง	0.76	DE		0.87*(9.49)	
		IE	0.24*(4.19)		0.71*(8.13)
		TE	0.24*(4.19)	0.87*(9.49)	0.71*(8.13)
อิทธิพล ทางความคิด	0.73	DE	0.29*(4.60)		0.69*(8.21)
		IE			0.11*(4.06)
		TE	0.29*(4.60)		0.81*(8.43)
ความไว้วางใจ	0.16	DE			0.38*(5.22)
		IE			
		TE			0.38*(5.22)

$\chi^2 = 714.27$ df = 405 p-value < 0.001, χ^2 / df = 1.76, RMSEA = 0.047, RMR = 0.033, SRMR = 0.046, CFI = 0.98, GFI = 0.92, CN = 448.54 (Global Goodness of Fit Statistics)

หมายเหตุ * หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05)

จากตาราง 21 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และความไว้วางใจมีค่าเท่ากับ .59, .76, .73 และ .16 ตามลำดับ โดยตัวแปรสาเหตุภายในรูปแบบความสัมพันธ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง อิทธิพลทางความคิด และความไว้วางใจได้ร้อยละ 59, 76, 73 และ 16 ตามลำดับ

จากภาพประกอบ 12 และตาราง 21 พบว่าผลการวิเคราะห์สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกต

ตัวแปรแฝงทุกตัวมีการทดสอบนัยสำคัญของน้ำหนักองค์ประกอบ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรแฝงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.39 ถึง 0.71 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

ตัวแปรแฝงกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.46 ถึง 0.79 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การฝึกเงื่อนไขตรงกันข้าม

ตัวแปรแฝงอิทธิพลทางความคิด พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.53 ถึง 0.70 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์

ตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตมีค่าอยู่ระหว่าง 0.58 ถึง 0.70 โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากครอบครัว

ตัวแปรความไว้วางใจ พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.90

2. อิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือ ตัวแปรอิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลรวม .82 และมีอิทธิพลทางอ้อม .32 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรง .03 อิทธิพลรวม .62 และมีอิทธิพลทางอ้อม .58 ตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลรวม .37 และมีอิทธิพลทางตรง .37 และตัวแปรความไว้วางใจไม่มีอิทธิพลทางตรง แต่มีอิทธิพลทางตรงอ้อม .23 ตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 59

กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือตัว

แปรอิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลรวม .87 และมีอิทธิพลทั้งทางตรง .87 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม .71 และมีอิทธิพลทางอ้อม .71 และตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลรวม .24 และมีอิทธิพลทางอ้อม .24 ตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 76

อิทธิพลทางความคิด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออิทธิพลทางความคิด เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม .81 มีอิทธิพลทั้งทางตรง .69 และอิทธิพลทางอ้อม .11 และตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลรวม .28 และมีอิทธิพลทางตรง .28 ตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรอิทธิพลทางความคิดได้ร้อยละ 73

ความไว้วางใจผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีเพียงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลรวม .38 มีอิทธิพลทางตรง .38 และสามารถอธิบายความแปรปรวนตัวแปรความไว้วางใจได้ร้อยละ 16

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยการกำหนดให้ค่าคงที่ (Constant) ให้เป็นสาเหตุของตัวแปรสังเกตในโมเดลการวัดในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย (กลุ่ม 1) และให้เป็นสาเหตุของตัวแปรแฝงทุกตัวในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง (กลุ่ม 2) เพื่อให้โปรแกรมประมาณค่าออกมาในเมทริกซ์แอลฟา (ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงภายใน) และแคปป่า (ค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงภายนอก) โดยกำหนดให้ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงของกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายเป็นกลุ่มฐาน และค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงของกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ หากผลต่างมีค่าเป็นบวกแสดงว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงนั้นสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ในทางตรงกันข้าม หากผลต่างมีค่าเป็นลบแสดงว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงนั้นต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

ตาราง 22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงเชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

ตัวแปรแฝง	$\Delta\bar{x}$	SE	t-Value
การสนับสนุนทางสังคม	-0.04	0.04	-0.99
ความไว้วางใจ	-0.10	0.03	-0.66
อิทธิพลทางความคิด	-0.01	0.03	-0.25
กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง	-0.05	0.04	-1.18
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-0.07	0.04	-1.54

จากตาราง 22 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่าค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงทั้ง 5 ตัวแปร มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\text{Mean}_{\text{diff}} = -0.04$, $t = -0.99$, $p < .05$) ความไว้วางใจ ($\text{Mean}_{\text{diff}} = -0.10$, $t = -0.66$, $p < .05$) อิทธิพลทางความคิด ($\text{Mean}_{\text{diff}} = -0.01$, $t = -0.25$, $p < .05$) กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ($\text{Mean}_{\text{diff}} = -0.05$, $t = -1.18$, $p < .05$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($\text{Mean}_{\text{diff}} = -0.07$, $t = -1.54$, $p < .05$) จากผลการวิจัย สรุปได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงค่าเฉลี่ยตัวแปรในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย

สรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่กำหนดว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง มีความแตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ที่ไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

ตอนที่ 5 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

การนำเสนอผลการวิจัยในตอนที่ 5 เป็นการตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่พบว่าตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาเป็นกรอบในการสร้างแนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง เพื่อค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาการนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลัก มีจำนวนทั้งหมด 12 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ที่ได้กำหนด ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มบุคลากรที่มีสุขภาพดี เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 4 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน รวมผู้ให้ข้อมูล จำนวน 6 คน และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือกมาให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 3 คน และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 3 คน รวมผู้ให้ข้อมูล จำนวน 6 คน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มนำมาทำการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดของข้อมูลวิจัย การเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมถึงการลงนามยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยตามเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย แสดงดังตาราง 23 และ 24

ตาราง 23 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน

นามสมมติ	อายุ (ปี)	อาชีพ	โรคประจำตัว	สิทธิการรักษา	ตำแหน่ง
1. ผู้สูงอายุคนที่ 1	67	แม่บ้าน	ไม่มีโรคประจำตัว	เบิกได้	อสม.
2. ผู้สูงอายุคนที่ 2	64	แม่บ้าน	ไม่มีโรคประจำตัว	เบิกได้	-
3. ผู้สูงอายุคนที่ 3	64	รับจ้าง	ไม่มีโรคประจำตัว	ประกันสุขภาพ 30 บาท	-
4. ผู้สูงอายุคนที่ 4	68	ค้าขาย	โรคเบาหวาน	ประกันสุขภาพ 30 บาท	อสม.
5. ผู้สูงอายุคนที่ 5	66	รับจ้าง	โรคความดันและ ไขมันในเลือดสูง	ประกันสุขภาพ 30 บาท	-
6. ผู้สูงอายุคนที่ 6	66	รับจ้าง	โรคเบาหวาน	ประกันสุขภาพ 30 บาท	-

จากตาราง 23 ผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน มีอายุระหว่าง 64-68 ปี มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 3 คน แม่บ้าน จำนวน 2 คน และค้าขาย จำนวน 1 คน มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 3 คน มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไขมันในเลือดสูง) จำนวน 3 คน ใช้สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท จำนวน 4 คน สิทธิต้นสังกัดเบิกได้ จำนวน 2 คน และเป็น อสม. จำนวน 2 คน

ตาราง 24 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ จำนวน 6 คน

นามสมมติ	อายุ (ปี)	อายุการ ทำงาน	ตำแหน่ง ปัจจุบัน	ระดับ การศึกษา	ความ เชี่ยวชาญ	สถานที่ ทำงาน
1. พยาบาลคนที่ 1	42	19	พยาบาลวิชาชีพ	ปริญญาตรี	ด้านโรคหัวใจ	โรงพยาบาล
2. พยาบาลคนที่ 2	38	15	พยาบาลวิชาชีพ	ปริญญาโท	ด้านโรคหัวใจ	โรงพยาบาล
3. พยาบาลคนที่ 3	55	32	พยาบาลวิชาชีพ	ปริญญาตรี	ด้านโรคหัวใจ	โรงพยาบาล
4. พยาบาลคนที่ 4	54	30	พยาบาลวิชาชีพ	ปริญญาโท	ด้านโรคหัวใจ	โรงพยาบาล
5. พยาบาลคนที่ 5	44	10	พยาบาลวิชาชีพ	ปริญญาตรี	ด้านส่งเสริม สุขภาพ	ศูนย์บริการ สาธารณสุข
6. พยาบาลคนที่ 6	48	25	พยาบาลวิชาชีพ	ปริญญาโท	ด้านส่งเสริม สุขภาพ	โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพตำบล

จากตาราง 24 ผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ จำนวน 6 คน มีอายุระหว่าง 38-55 ปี มีอายุการทำงานน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน ทำงานมากกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน ศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 4 คน ปริญญาโท จำนวน 2 คน มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 4 คน มีความเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 4 คน ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด พบว่ามี 3 แนวทาง ได้แก่ 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และ 3) การสนับสนุนทางสังคม มีสาระสำคัญดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ด้านโภชนาการ

พฤติกรรมการกินเป็นพฤติกรรมเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและพยาบาลพบว่าผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีจะมีพฤติกรรมการกินไม่แตกต่างกันคือ ทำอาหารกินเองที่บ้าน ลดการซื้ออาหาร

สำเร็จรูป กินอาหารในปริมาณที่พอเหมาะพอควร ไม่กินอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และจะเน้นการรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้เป็นประจำ

“ตัวบ้ำเนี้ยไม่มีโรคอะไรเลย ถือหลักสำคัญที่ว่า เราก็กินอาหารเข้าทุกวัน ส่วนมากก็ไม่ทานข้าวเยอะนะคะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“ก็ทานพอประมาณ คือเราไม่ทานจนเกินตามต้องการ คือไม่อยากให้อิ่มมาก เพราะถ้าเราอิ่มมากแล้วเนี้ยมันจะไม่มีผลดี มันจะเกิดผลเสีย” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

“ข้าวเย็นบ้ำจะไม่ทานเลย จะทานแต่ไ้อเนี้ย ของที่ว่ามันจุก ๆ จิก ๆ ก็ไม่เอา กินผลไม้ กินกล้วย กินอะไรอย่างนี้ จบ เนี้ยนี้ไม่ได้ทานเลย” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

“ทานกับข้าวที่บ้านทำเองคะ มีโรค มีไขมัน มีความดันเหมือนกัน แต่ก็ดูแลตัวเอง...ไม่กินของมันมาก กินของที่มีผักแกล้มอะไรอย่างนี้ชอบ เป็นน้ำพริกผักอะไรอย่างนี้แกงจืดอย่างนี้” (ผู้สูงอายุคนที่ 1)

“ไม่กิน พยายามไม่กิน อยู่ที่ใจคะ ไม่หักดิบ นาน ๆ กินที จากที่ของชอบเลย หนึ่งไก่อเนี้ยะ กากหมูเนี้ยจะชอบมากเลยนะ ตอนหลัง ๆ เนี้ยจะถอย นาน ๆ กินที แล้วก็กินอาทิตย์ เป็นเดือนเลย แล้วก็พอตอนหลังนี้ไม่กินแล้วไม่กินเลย หนึ่งไก่อก็ไม่ซื้อกินเลย เป็นหลายเดือนยังไม่ซื้อกินเลย” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

“เราก็บอกว่าให้เขาทำอาหารเอง อันไหนที่หลีกเลี่ยงได้ ที่จะลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เขาแย่งอย่างนี้คะ” (พยาบาลคนที่ 1)

“มีบางรายเขาอยู่ตัวคนเดียว เขาต้องซื้อ คือชีวิตเขาต้องซื้อกับข้าวกินเอง อาศัยแม่ค้าเป็นหลัก อันนี้เราก็บอกเขา คุณต้องเปลี่ยนตัวเองนะ คือไปซื้อกินได้แต่ขอให้ เป็นบางมื้อ มื้อไหนที่เรารู้ว่าบ้านหรือพอที่จะทำกินเองได้ก็ให้เขาทำเอง” (พยาบาลคนที่ 2)

1.2 ด้านการพักผ่อน

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้านอนเป็นเวลา คือ ไม่นอนดึกหรือนอนไม่เกิน 4 ทุ่ม และจะตื่นแต่เช้าทำให้สุขภาพร่างกายได้พักผ่อนอย่างเพียงพอและการตื่นเช้ายังสัมพันธ์กับการออกกำลังกายในช่วงเช้าซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมากขึ้น

“นอนเป็นเวลาเนาะ นอน 4 ทุ่ม ตื่น 6 โมงเป็นประจำ แล้วก็ออกกำลังกายบ้างเล็กน้อย” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“ก็นอนไวหน่อย ตื่นเช้าอะไรอย่างนี้” (ผู้สูงอายุคนที่ 1)

“ดูละครหลังข่าวจบก็นอน แล้วตื่นตี 5 ตื่นเช้าอะไรอย่างนี้ จะได้มีเวลาเดินออกกำลังกายรอบ ๆ บ้าน” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

1.3 ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการออกกำลังกายพอประมาณ เช่น การเดิน การขยับแขนขา เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุจะชอบใช้เวลาช่วงเช้าในการเดิน เดินแกว่งแขน นอกจากนี้ การทำงานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ทำอาหาร ก็เป็นการออกกำลังกายในทางอ้อมเหมือนกัน

“ตอนเช้าตื่นขึ้นมาก็ออกกำลังกาย แกว่งแขนหน่อย แล้วก็นั่งรอพระมาบิณฑบาต ใส่บาตรด้วยกันทุกวันนะ ที่หน้าบ้าน” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

“เป็นแม่ค้า ตื่นตี 4 ทุกวัน หุงข้าวใส่บาตร ออกกำลังกายบ้าง แต่ไม่ทุกวัน แต่ก็ออกนะ ออกมากกว่าไม่ออกนะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

การออกกำลังกายให้เป็นกิจวัตรประจำวันถือเป็นสิ่งสำคัญและมีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพพบว่า ผู้สูงอายุต้องออกกำลังกายให้เป็นกิจวัตรและต้องมีการกำหนดเป้าหมาย วิธีการและเวลาที่เหมาะสมชัดเจน

“คนสูงอายุ จะให้เขาไปวิ่งเดินก็ได้ ไม่ได้ ก็ให้เขาเดิน เราจะแนะนำเป็นกิจกรรมให้เขาเลย เขาจะได้เห็นภาพชัดเจน เช่น เดินช้า ๆ รอบบ้านก็ได้ถ้าไม่มีสถานที่ ทำงานบ้านก็ได้ ทำให้เป็นกิจวัตร” (พยาบาลคนที่ 2)

“พื้นที่ที่นี้จะมีพื้นที่รอบ ๆ บ้าน เขาก็จะใช้ในการเดินรอบ ๆ บ่อน้ำ หรือว่ายืดเหยียดเวลาดูโทรทัศน์นะค่ะ เขาก็จะทำไปด้วยพร้อม ๆ กัน มีบางคนเหมือนกันที่เปิดโทรทัศน์นะค่ะ แล้วก็ออกกำลังกายตาม” (พยาบาลคนที่ 3)

อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุต้องรู้จักการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและถูกวิธี ต้องมีการวางแผนในการออกกำลังกาย มีเป้าหมายในการออกกำลังกายเพื่อสร้างวินัยในตนเอง โดยมีการกำหนดเวลาหรือจำนวนครั้งในการออกกำลังกายอย่างชัดเจนในแต่ละวัน ทั้งนี้ทั้งนั้น ผู้สูงอายุต้องศึกษาวิธีการออกกำลังกายหรือขอคำแนะนำที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญก่อนจึงจะสามารถปฏิบัติได้โดยไม่เสี่ยงที่จะเกิดอันตราย

“ออกกำลังกายแบบว่าไม่ได้หักโหมมาก อย่างน้อย 30 นาที หรือว่าถ้าเขาเดินนะค่ะ ให้เดินแนวราบอย่างเดียว แต่คือต้องเดินต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที แต่ถ้ามี smart watch ที่เราสามารถเช็คได้ คือต้องเดินให้ได้มากกว่า 10,000 ก้าว ก็จะถือว่าเป็นการออกกำลังกาย ช่วยให้อายุยืนขึ้นนะค่ะ แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เดินไม่ค่อยไหวอย่างนี้ค่ะ ก็สามารถแกว่งแขน ทำอะไรที่เขาบอกสามารถลดพุงได้ออย่างนี้ค่ะ แล้วก็ให้มากกว่าเป็นร้อยครั้งขึ้นไปค่ะ บ่นจักรยานอยู่กับที่ บางคนนะค่ะ เดินไม่ได้แต่ปั่นจักรยานได้ค่ะ ผู้สูงอายุค่ะ เก่งกว่าเราอีก” (พยาบาลคนที่ 1)

“สำหรับคนไข้ที่อยากจะออกกำลังกายและกลัวว่าถ้าออกกำลังกายแล้วจะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย นักกายภาพบำบัดก็สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะเหนื่อยของคนไข้ โดยให้คนไข้เดิน 6 นาที และจับชีพจรค่ะ มันก็จะมีเครื่องมือในการที่จะทดสอบว่า คนไข้แต่ละรายที่เราไปเจอเนี่ยมีความเสี่ยงอะไรใด ๆ ในการที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ” (พยาบาลคนที่ 4)

1.4 ด้านการจัดการกับความเครียด

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะรู้จักวิธีการจัดการความเครียดภายในตนเอง ซึ่งการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีแนวทางแตกต่างกันไป เช่น การรู้จักปล่อยวาง การทำกิจกรรมผ่อนคลายกับเพื่อนบ้าน พูดคุยกับเพื่อนบ้าน เป็นต้น

“คือเรารู้จักปล่อยวางค่ะ เราปล่อยวาง เราอย่าไปทำทุกสิ่งทุกอย่าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“บางที่เราไม่ได้ทำอะไรเลย มันกินแล้วก็นอน มันไม่มีประโยชน์อะไร ไร แต่เราอาศัยว่าเดินไปคุยกับคนนั้นบ้างอะไรบ้าง แต่เดินออกกำลังกายทุกวัน” (ผู้สูงอายุคนที่ 1)

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพยังพบว่า วิธีการจัดการความเครียดอีกประการหนึ่งที่สำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีได้ปฏิบัติ คือ การทำจิตใจให้เป็นกุศล ได้แก่ การไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ รวมไปถึงการเป็นจิตอาสาต่าง ๆ หรือการทำเพื่อผู้อื่นโดยไม่หวังผลประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่เบิกบาน สดชื่น และมีความสุข

“วัยหลังเกษียณแล้วเราไม่ควรจะไปนั่งเครียดเรื่องต่าง ๆ แล้วก็ไปเข้าวัดเข้าวาช่วยได้มาก ๆ เลย ไปสวดมนต์ นั่งสมาธิ มันช่วยนะ ทำให้ใจเราเบิกบาน สดชื่น มันสดชื่นในใจนะ ถ้าคุณไม่ไปสัมผัสคุณจะไม่รู้เลย แล้วก็ทำให้เราสุขภาพดีด้วย อีกเรื่องหนึ่งที่ช่วยให้จิตใจเราเบิกบาน คือ เรื่องของจิตอาสา การทำอะไรที่ไม่หวังผลประโยชน์ การเป็นผู้ให้มันเป็นอะไรที่หยุดยั้งแล้ว คือไม่มีใครรู้จัก แต่ตัวเราเองรู้ แล้วใจเราสบาย พอใจเราสบายใจ เราเป็นสุข การให้คือเป็นจิตอาสา หรือไปร่วมพัฒนาอะไรกับเขาตรงนี้ หรือวันนี้เขามีอะไร ไปช่วยเขาดีกว่า” (พยาบาลคนที่ 2)

1.5 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญโดยเฉพาะพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความชอบรสชาติอาหารแตกต่างกัน บางคนชอบทานอาหารรสเค็ม บางคนชอบกินอาหารทอด แต่การควบคุมตนเองจะช่วยให้ผู้สูงอายุค่อย ๆ ลดปริมาณอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์จนสามารถเลิกกินอาหารเหล่านั้นได้ในที่สุด

“ไม่กิน พยายามไม่กิน อยู่ทีใจคะ ไม่หักดิบ นาน ๆ กินที จากของที่ชอบเลย หนังสือเนี่ยนะ กากหมูเนี่ยจะชอบมากเลยนะ ตอนหลัง ๆ เนี่ยจะถอย นาน ๆ กินที แล้วก็ เป็นอาทิตย์ เป็นเดือนเลย แล้วก็พอดอนหลังนี้ไม่กินแล้วไม่กินเลย หนังสือก็ไม่ซื้อกินเลย เป็นหลายเดือนยังไม่ซื้อกินเลย” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

1.6 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการทำกิจกรรมร่วมกับ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักและเอาใจใส่และ ทำกิจกรรมร่วมกัน มีการพบปะพูดคุยหรือแสดงความคิดเห็นในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองนั้นมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี

“เสาร์อาทิตย์ ลูกหลาน จะอยู่พร้อมหน้ากัน ได้ทำกับข้าวกินร่วมกัน บางครั้งก็ชวนไปกินตามร้านอาหารข้างนอก” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

“บ้านะ โชคดี ที่ลูกสาว คอยเป็นห่วงเป็นฐะ เวลาไปหาหมอ ตอนเช้าลูกจะแวะไปส่งที่โรงพยาบาล บ้าก็ไปตรวจเลือดแล้วนั่งรอหมอตรวจเสร็จ ไปรับยา ถึงจะโทรบอกลูกให้มารับ แต่บางครั้งถ้าลูกกลางานได้ ก็จะไปส่งและรอรับกลับเลย” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

“ทุกวันพระ ถึงเวลารวมกันกันไปวัดทำบุญ สวดมนต์ อาหารที่ถอยจากพระมาเขาก็จะมานั่งทานล้อมวงสนุกลานกัน ได้พูดคุยสาระทุกข์สุขดิบและสุขภาพของกลุ่ม สิ่งเหล่านี้ทำให้รู้สึกจิตใจเบิกบาน สนุกลาน” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

1.7 การเจริญทางจิตวิญญาณ

การเจริญทางจิตวิญญาณ เป็นความเชื่อ ความหวังไว้ในสิ่งที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความสงบสุข การแก้ปัญหาอย่างมีสติ เหตุผล ให้กำลังใจตนเอง การเตรียมความพร้อมและยอมรับสภาพของตนเอง รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องสำคัญของจิตวิญญาณและเกี่ยวข้องกับชีวิต

“ลูก ๆ หลาน ๆ ก็ปล่อยให้เขาแก้ปัญหาเอง คือเรารู้จักปล่อยวางคะ เราปล่อยวาง เราอย่าไปทำทุกสิ่งทุกอย่าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

“ที่วัดมีการสวดมนต์ทุกเย็น เขาจะปฏิบัติเป็นประจำ ป้าเนี่ยะ ว่าง บ้าก็ไป ไม่ว่างบ้าก็ไม่ไป เพราะที่วัดพระท่านจะสอนนั่งกรรมฐาน สอนอะไรหลาย ๆ อย่าง ทำให้จิตนิ่งสงบ ไม่คิดอะไรเยอะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 1)

“บ้าไม่คิดมาก ไม่เคยเกลียดใคร ใครทำอะไรก็ช่างเขา ตัวของเขาเอง เราทำใจของเราให้สบายก็มันก็สบาย ส่วนบ้าคิดแค่นี้ ไม่ค่อยคิดอย่างอื่นมาก ลูก ๆ หลาน ๆ คอยดูแลห่วงใย บ้าก็มีความสุขแล้ว” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

2. การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

2.1 การมีส่วนร่วมในชุมชนและสัมพันธภาพแบบเกื้อกูล

จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นจากการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยเฉพาะการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. โดยชุมชนจะมีการอบรม อสม. อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง นอกจากผู้สูงอายุที่เป็น อสม. ได้รู้จักดูแลสุขภาพตนเองแล้วยังสามารถช่วยเหลือเพื่อนบ้านและคนในชุมชนในการให้ความรู้และช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพในเบื้องต้นได้

“เราเรียน อสม. มา เราทราบ ทราบทุกอย่าง เพราะว่าเวลาไปประชุม เขาสอนไงคะ เราไปประชุมที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จะมีนักโภชนาการ คุณอะไรที่ประกาศไ้ เรื่องน้ำปองน้ำปลาขาดไอโอดีนอะไรนั้นนะ เขาก็สอนเรื่องผงสูตรเนี่ยว่ามันไม่ดียังไง อะไรยังงี้” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

“ที่ชุมชนมีชมรมผู้สูงอายุคะ แล้วเราก็เป็นอสม. กันหมดทุกคน เราก็ไปอบรมที่เทศบาล ทุกเดือนเขาก็จะมีการสอนนะคะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

“เขาก็บอกเราหลายอย่างนะคะ ให้เรามาสอนพวกที่เป็นเบาหวานว่า ให้ลดน้ำตาลนะคะ ให้ลดน้ำตาล ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม เราก็จะมาสอนคนในชุมชนตอนเราลงไปเยี่ยมว่า พี่ต้องอย่างนั้น อย่างนี้นะ อย่าทานอย่างนี้” (ผู้สูงอายุคนที่ 6)

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุยังหมายถึงการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและกิจกรรมที่เป็นประโยชน์อื่นๆ เช่น การเดินออกกำลังกาย การทำบุญ นั่งสมาธิ เป็นต้น

“มีผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งประมาณ 7-8 คน เขาจะรวมกลุ่มกันตอนเช้ามา ออกกำลังกาย เขาจะเดินนะ ทักทุกบ้าน แล้วเขาก็ยิ้มแย้มหัวเราะ คือสีหน้าแววตาทำทางเขา เขาก็สวัสดิ์เขา บางทีเราไม่รู้จักรอ ถึงเวลาเขาก็ไปทำบุญ ไปนั่งสมาธิกัน” (พยาบาลคนที่ 2)

“กลุ่ม Line Dance ก็จะมีพวกอาจารย์เป็นจิตอาสาที่สอนเต้นนะ สำหรับผู้สูงอายุตรงนี้นะคะ จะมีการประเมินซักประวัติก่อน มีการคัดกรองก่อนว่า มีป่วยโรคประจำตัวอะไรไหม แล้วก็มีวัดความดัน ตรวจสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เข้ามาเต้นกับกลุ่ม” (พยาบาลคนที่ 3)

2.2 การรับรู้ประโยชน์และโทษของปัญหา

การรับรู้ประโยชน์และโทษของปัญหาคือการคิดเพื่อหาสาเหตุของปัญหามองเห็นปัญหาและโทษของปัญหา ตลอดจนสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้น โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะคำนึงถึงโทษของความเครียดที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่จะต้องป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่เป็นโทษของปัญหาเหล่านั้น

“คือทุกคนเนี่ยที่จะเป็นมะเร็งอะไรเนี่ย ก็เกิดจากความเครียดทั้งนั้น พกความเครียดเอาไว้ มามองว่าฉันจนกว่าคนอื่น ฉันไม่ดี ฉันอย่างนั้นอย่างนี้ คือจำเอาแค่ความเครียดเอาไว้ แต่บ้าไม่เคยเลยนะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“คิดว่าคนเราทุกคนเนี่ยอย่ามีความเครียดนะ ความเครียดเนี่ยเป็นตัวนำของพาหะนำโรคทุก ๆ อย่างเลย ไม่ว่าโรคหัวใจ มะเร็งนะคะ เบาหวาน ความดันอะไรเนี่ย เกิดจากความเครียดเป็นหลัก” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

2.3 การไตร่ตรองตนเอง

การไตร่ตรองตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการคิดที่นำไปสู่การมองเห็นโทษของปัญหา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

“บ้านน้อยเนี่ยเป็นกับตัวเองเลยนะ ถ้าไม่มีน้ำปลาเนี่ยฉันไม่ยากกินข้าวเลย ฉันจะตายเป็นคนแรกอะไรอย่างนี้ มี แต่เดี๋ยวนี้ผ่อนไปเยอะแล้ว เคย ๆ แล้วไอ้เรื่องน้ำปลา อันที่ผ่านไปแล้วคือฉันไปแก้ไขไม่ได้แต่ตอนนี้ฉันทำได้ ก็เริ่มมันเลยดีกว่าไม่เริ่ม ฉันยังไม่อยากตายไว” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

2.4 ความอิสระในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ความอิสระในการเรียนรู้ด้วยตนเองคือการหาความรู้ด้วยตนเองจากสื่อหรือแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ ตามความสะดวก ความสนใจของตนเอง จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะรู้จักวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเองตามความสะดวก เช่น การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ ฯลฯ แล้วนำความรู้เหล่านั้นมาผสมผสานและมาปรับประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวัน

“บางที่เราก็ดูจากจากการอ่านหนังสือบ้าง จากดูทีวีบ้างอะไรอย่างนี้ แล้วก็เอามาผสมผสานกัน” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

นอกจากนี้ การเรียนรู้ด้วยตนเองยังช่วยให้การรักษาและดูแลสุขภาพตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการหาความรู้ด้วยตนเองจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลทำงานง่ายขึ้นเพราะผู้สูงอายุได้ค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคด้วยตนเองมาก่อนแล้ว

“ก็จะได้ข้อมูลจากลูกหลานบ้าง บุคลากรทางการแพทย์บ้าง.. หาข้อมูลจากสมาร์ทโฟนได้ อายากรู้อะไรได้รู้เลย..แทบจะไม่ต้องบอก ไม่ต้องสอนอะไรเลย คือเหมือนเขามีคำถามมาให้เราแล้ว เหมือนเขารู้อยู่แล้วแต่จะถูกหรือเปล่า เขาจะมาคอนเฟิร์มกับเรา เช่น พอเขามาถึงโรงพยาบาลปั๊บเขารู้อยู่แล้วว่าเขาเป็นโรคนี้ เขาก็ถามเราเลยว่า แล้วไอ้เนี้ยกินได้ไหม แล้วถ้าผมจะไปวิ่งนี้ได้ไหม เขาก็มีคำถามมาให้เรา เราก็ประเมินได้เลยว่าก่อนหน้านี้เขามีความรู้มาก่อน ก็จะช่วยต่อการให้ข้อมูลกับเขาแล้วเขาก็จะนำไปปฏิบัติได้” (พยาบาลคนที่ 2)

2.5 การให้การเสริมแรง

การเสริมแรงเป็นการให้รางวัลหรือคำชื่นชมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น หรือรับรางวัลจากผู้อื่นเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหันมาสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ พบว่า เมื่อพยาบาลพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ดีขึ้นก็จะให้คำชื่นชม พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุทำได้ดีหรือมีผลของสุขภาพดีขึ้น เช่น ผลเลือดดีขึ้น น้ำหนักลดลงตามที่ได้แนะนำไว้เมื่อครั้งก่อนไม่ว่าจะลดลงมากหรือน้อยแต่ถ้ามีทิศทางเป็นไปในทางที่ดีก็จะมีวิธีที่จะรีบให้คำชื่นชมให้กำลังใจด้วยความจริงใจ เป็นต้น

“ในแง่ของพยาบาลเนี่ยเราก็ให้คำชม ให้ความรู้เพิ่มเติมให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไปนะคะ เขาก็รู้สึกสนุกกับตรงนี้ว่า เออ เขาเป็นโรคเนี้ยมันก็สร้างแรงจูงใจให้เขาได้เยอะเลย” (พยาบาลคนที่ 3)

“พยายามคุยให้กำลังใจแล้วก็ให้เขาทำอย่างต่อเนื่อง บอกว่าสิ่งที่เขาทำแล้วได้ผลจริง ๆ เช่น ผลเลือดคุณดีขึ้นมากเลย แล้วน้ำหนักคุณลดลงไปครั้งก็โดย นะ มาคราวหน้าต้องลงอีกครั้งก็โดย นะ ไหม้นคุณลง แสดงว่าคุณปฏิบัติตัวได้ดีมาก เราเสริมพลังให้เขารู้สึกว่าวันนี้เขามาโรงพยาบาลแล้วเขามีกำลังใจที่จะกลับไปทำต่อที่บ้าน” (พยาบาลคนที่ 4)

3. การสนับสนุนทางสังคม

3.1 การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัวและลูกหลานถือเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่จะต้องคอยดูแลผู้สูงอายุในบ้าน การเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ไม่ทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง นอกจากจะช่วยดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแล้วยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการช่วยเหลือตนเองด้วยเช่นกัน แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

3.1.1 การสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์ โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว และลูกหลานให้กำลังใจ และดูแลเอาใจใส่ จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและพยาบาลวิชาชีพพบว่า การให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ มีการทำกิจกรรมร่วมกันในการออกกำลังกาย

และมีความเชื่ออาทร ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่จะต้องคอยดูแล นอกจากจะช่วยดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแล้วยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการช่วยเหลือตนเองด้วย

“ในวันหยุด ลูกจะเดินออกกำลังกายเป็นเพื่อน และพาไปเดินที่สวนสุขภาพใกล้บ้าน รู้สึกสดชื่น สบายใจ ที่ลูกสนใจสุขภาพของป้า” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

“ไปตลาดซื้อกับข้าวทุกอาทิตย์ แล้วมาทำเอง คือไม่อยากเป็นภาระและรบกวนใคร แต่ลูกสาวไม่ยอมจะพาไปเอง เป็นห่วงกลัวหิวของและเดินทางลำบาก ขาแข็งของเราน่ะมันจะเริ่มไม่ดี บางครั้งก็แอบไปนะ แต่ส่วนใหญ่ป้าก็ต้องรอลูกสาวพาไปนะ กลัวเขาจะเสียใจ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“ก็แนะนำญาติให้ช่วยดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วย แล้วก็ให้ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันตามปกติค่ะ และออกกำลังกายแบบว่าไม่ได้หักโหมมาก อย่างน้อย 30 นาที ช่วยให้มีหัวใจทำงานดีขึ้นค่ะ” (พยาบาลคนที่ 1)

“ไต่วายตายไว ถ้าเมื่อไหร่เป็นไต่วายคุณต้องตายไว ไม่ใช่ที่เราห้ามคนเดียว หรือจะช่วยกันห้ามทั้งครอบครัวอย่างนี้ อย่างน้อยคุณก็ต้องเป็นเสาหลักของบ้าน อย่างนี้ค่ะ มีคนเคารพดูแล ให้ความดูแลของคุณอย่างนี้ค่ะ เขารักคุณนะ เขาถึงห่วงใยถึงเตือนคุณอะไรอย่างนี้ เราก็จะต้องบอกอย่างนี้แหละค่ะ” (พยาบาลคนที่ 3)

3.1.2 การสนับสนุนจากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว และลูกหลาน ให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ให้คำแนะนำผู้สูงอายุ ในเรื่องอาหาร ยา และการให้ข้อมูลการไปตรวจสุขภาพ

“คือเขารู้ว่าแม่ทานเค็ม เขาบอก แม่ทานน้ำปลาตัวนี้ มันจะได้ไม่มีอันตราย” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

“ผู้สูงอายุนะคะ เราก็คืออยากจะให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล หรือคนในครอบครัวที่มีภาวะโรคนี้แล้วก็ไปกระจายความรู้ต่อ ๆ กันไปค่ะ ในการดูแลเรื่องภาวะสุขภาพทั่วไป เรื่องอาหารการกิน เรื่องยาอะไรอย่างนี้ อยากจะให้ครอบครัวมาช่วยดูแลค่ะ (พยาบาลคนที่ 3)

3.1.3 การสนับสนุนจากครอบครัวด้านทรัพยากร โดยรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว และลูกหลาน ให้การช่วยเหลือการเงิน สิ่งของ สถานที่และเวลา ในการไปตรวจสุขภาพหรือไปพบแพทย์ จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่

ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากลูกและญาติ ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เป็นระยะเวลาไปหาหมอ เป็นห่วงสุขภาพ ซื้อเครื่องวัดความดันไว้ที่บ้าน

“ลูกสาว 2 คน คนหนึ่งเขารับราชการ อีกคนหนึ่งเขาก็ทำแบบบริษัทอะไรอย่างนี้ ถ้าจะไปเขาก็พาไปตรวจตามนัด ถ้าเขาไม่ว่างจริง ๆ นะ เขาก็ให้น้องสาวของบ้านพาไป แต่ส่วนมากเขาจะพาไป” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

“ลูกเขา 2 คน ก็ support มากเลย มาทุกครั้ง เพราะว่าจริง ๆ ของเราคือเป็นวันพฤหัสบดีวันเดียวเท่านั้น อาทิตย์เดียวค่ะที่เจอในทีม เขาก็จะหยุดงานเลย” (พยาบาลคนที่ 2)

“ที่บ้านมีทั้งป้าและลุงเป็นความดันสูง บางครั้งป้าจะเวียนศีรษะ ลูกชายเป็นห่วงกลัวจะเป็นอัมพฤกษ์ เส้นเลือดในสมองแตก เลยไปซื้อเครื่องวัดความดันไว้ที่บ้านคะ ดินะที่ลูกพอซื้อหามาให้ หมอให้ป้าวัดความดันทุกเช้าและจดไว้ เอาให้หมอดู” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

3.2 การสนับสนุนจากชุมชน

การสนับสนุนจากชุมชน คือองค์กรในระดับตำบลหรือหมู่บ้านได้จัดสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน ตลอดจนมีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และมีโอกาสที่จะได้ร่วมกิจกรรมภายในชุมชน

“เรามีกิจกรรมผู้สูงอายุนะคะ จะมีของเทศบาล แล้วก็มีการพยาบาลวิชาชีพมาแนะนำต่าง ๆ แต่ว่าในชุมชนเราก็มีศูนย์ออกกำลังกาย...เนี่ยเขาวาง ๆ เขาก็ไปออกกำลังกาย มีที่บิ๊ดเอว มีอะไรหลายอย่าง ไปถ่ายรูปดูได้ค่ะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

นอกจากนี้ การสนับสนุนจากชุมชนยังหมายถึง ชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นมีตัวแบบที่ดีซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดีและน่ายกย่อง กลุ่มคนที่เป็นตัวแบบที่ดีจึงมีการรวมตัวกันเพื่อสนับสนุนและคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง

“สิ่งหนึ่งที่เราก็คือ เรามีบุคคลต้นแบบ เพราะว่าอย่างที่บอกว่า มันไม่ใช่แค่คนที่ทำไม่ได้ มันมีคนที่ทำได้ บุคคลต้นแบบนี้ก็คือ คนที่เขาสามารถควบคุมได้ เวลาที่เรายกย่องเขาเนี่ยก็จะทำให้คนอื่นได้เห็นวิธีการจัดการของเขาแล้วก็เอาเป็นตัวอย่าง...ก็จะมีกรเข้ากลุ่มกัน แล้วก็จะมีการให้ความรู้กัน” (พยาบาลคนที่ 3)

3.3 การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

3.3.1 การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ

ตนเอง

ในทีมสุขภาพ นอกจากแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยโรคและทำการรักษาแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังสามารถให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ คือการอธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุของโรค กลไกการเกิดโรค และวิธีป้องกันการรักษา

“ครั้งแรกมาเป็นคนไข้ใหม่ค่ะ เราจะเป็นคนอธิบายให้ฟังค่ะ... อธิบายตั้งแต่พยาธิสภาพของโรค กลไกการเกิดโรค เราจะทำยังไงที่จะไม่ให้เกิดโรคนี้ อะไรอย่างนี้ค่ะ” (พยาบาลคนที่ 1)

ในขณะที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทีมสุขภาพต้องอธิบายเชิงเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายและเห็นภาพมากขึ้น เช่น ถ้าเปรียบเลือดเหมือนกับน้ำเปล่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจึงเปรียบเสมือนมีน้ำเชื่อมอยู่ในเส้นเลือด เป็นต้น

“ถ้าไปกินของหวาน น้ำตาลจะสูงมันก็จะตีบตันอีก สมมติว่าคุณยังไม่รู้ว่าคุณเป็นเบาหวาน ภาวะเบาหวาน เราก็ต้องมาเริ่มอธิบายว่าภาวะเบาหวาน เพราะเขายังไม่มีความรู้เรื่องเบาหวาน ก็คือเลือดเปรียบเสมือนน้ำเปล่าอย่างนี้ค่ะ ถ้าเป็นเบาหวานก็เป็นน้ำเชื่อม ถ้าเราไม่ดูแลตัวเองก็จะกลายเป็นกะละแมเหนียว ๆ ทำให้หลอดเลือดในหัวใจมันตีบ เอาอธิบายง่าย ๆ แบบนี้ค่ะ” (พยาบาลคนที่ 1)

นอกจากนี้ ไม่เพียงแต่การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วย ทีมสุขภาพยังสามารถแสดงหลักฐานหรือตัวอย่างจริงประกอบคำอธิบายไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับโรคหรือการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นของจริงและเกิดความรู้สึกยอมรับตนเองตามความเป็นจริง มีความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

“เวลาเราจะให้ดูว่า อ้อ วันนี้คุณเป็นอะไร คุณจำได้ไหมคุณเส้นเลือดตีบก็เส้น เอาเส้นเลือดจริง ๆ ให้ดูเลย ถ้าคุณดูแลตัวเองดีเส้นนี้ไม่มีปัญหา เส้นอื่นอาจจะมีปัญหา ถ้าคุณไม่อยากที่จะเป็นเส้นอื่นคุณก็ต้องดูแลตัวเองให้ดีแบบนี้ต่อไป” (พยาบาลคนที่ 1)

“ไปหาคุณหมอที่โรงพยาบาลชุมชนแล้วคุณหมอบอกว่า อย่ากินเค็มนะ ลดเค็มนะ คำว่าเค็มของคนไข้กับคำว่าเค็มของแพทย์ที่ต้องการคนไข้อาจจะเข้าใจไม่ตรงกัน นักโภชนาการก็จะมีตัวอย่างอาหารที่คนไข้โรคหัวใจรับประทานได้อย่างปลอดภัย หรือตัวอย่างอาหารที่ไม่สามารถรับประทานได้เลย” (พยาบาลคนที่ 4)

3.3.2 การกระตุ้นกระบวนการคิดไตร่ตรอง

การกระตุ้นกระบวนการคิดไตร่ตรองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การเรียนรู้ดังกล่าวเกิดจากกระบวนการสะท้อนความคิด และการไตร่ตรองตนเอง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงต้องพยายามสื่อสารกับผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นกระบวนการคิดที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

“เข้าไปคุยว่าเออเปิดใจเขาให้ได้ก่อนเนอะ เปิดใจเขาให้เขาทัก ก่อน แล้วเราค่อยบอกเขา ...คือให้เขาไปทบทวนถึงวิกฤตตอนที่เขาเป็น เหมือนว่าเขาจะตายนะ คุณไม่อยากเป็นแบบนี้ไหม แล้วถ้าคุณยังใช้ชีวิตแบบเดิม คุณก็จะกลับไปเป็นแบบเดิม พอถึงตอนนั้นเราก็ไม่รู้ว่าคุณจะยังโชคดีเหมือนตอนนี้ไหม” (พยาบาลคนที่ 2)

“ไต่ถามตายไว ถ้าเมื่อไหร่เป็นไต่ถามคุณต้องตายไว ฉะนั้นถ้าคุณ ไม่อยากเป็นแบบนี้ ครอบครัวก็สามารถช่วยเหลือให้คุณดูแลตัวเองได้ ห้ามเขาได้อย่างนี้ค่ะ ไม่ใช่ เราห้ามคนเดียว หรือจะช่วยกันห้ามทั้งครอบครัวอย่างนี้ อย่างน้อยคุณก็ต้องเป็นเสาหลักของ บ้านอย่างนี้ค่ะ มีคนเคารพดูแล ให้ความดูแลของคุณอย่างนี้ค่ะ เขารักคุณนะ เขาถึงห่วงถึงเตือน คุณอะไรอย่างนี้ เราก็จะต้องบอกอย่างนี้เลยค่ะ” (พยาบาลคนที่ 1)

“เราพยายามคุยกับเขา เขาก็ฟังเรานะ เราก็มองว่าเศรษฐกิจก็มี ส่วนทำให้เขาเครียด เขาก็พยายามทำตามที่เราบอกนั่นแหละแต่ก็จะมีข้อจำกัด เราก็ถามเขาว่า เขาเครียดไหม เขามีความวิตกกังวลเรื่องที่บ้านหรือเปล่า เรื่องค่าใช้จ่ายไหม อะไรอย่างนี้” (พยาบาลคนที่ 2)

3.3.3 การติดตามตรวจสอบข้อมูลและให้ผลสะท้อนกลับ

จากการสัมภาษณ์พบว่า พยาบาลจะติดตามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุผ่านการอ่านบันทึกประจำวันของผู้สูงอายุ โดยพยาบาลจะแนะนำให้ ผู้สูงอายุเขียนบันทึกประจำวันว่า ในแต่ละวันทำอะไรบ้างตั้งแต่ตื่นเช้าจนกระทั่งเข้านอน โดยเฉพาะการกิน การนอน และการออกกำลังกาย หลังจากนั้นพยาบาลจึงให้คำแนะนำเพิ่มเติม เพื่อให้การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น

“บางคนเขียนมาบอกเลยว่าทำอะไรบ้างอย่างนี้ค่ะ เขาก็ทำตามหมดเลย การออกกำลังกาย เขาเดินรอบบ้าน รดน้ำต้นไม้ เขาจะใช้อะไรบ้าง เขาจะเขียนมาบอก วันนี้กินอะไร กินกี่โมง วันนี้กินอะไรไปบ้างตอนเช้า เจาะน้ำตาลตอนเช้าก่อนกินข้าวเท่าไร ฉีดยา น้ำตาลเท่าไร วันนี้อย่างเช่น ตอนเช้ากินข้าวข้าวต้มไก่ มะละกอ 5 ช้อน กาแฟอย่างนี้ เราก็จะ บอก อ้าว กาแฟกินได้แล้วหรอ ก็หมอบอกแล้วไง กาแฟดำกินได้ไม่ใส่น้ำตาล” (พยาบาลคนที่ 1)

การตรวจสอบข้อมูลอีกวิธีการหนึ่งคือ การใช้คำถามเจาะลึกและรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ จะช่วยให้พยาบาลรับทราบข้อมูลที่ชัดเจนและสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด การใช้คำถามเจาะลึกคือการถามตะล่อม (Probing questions) เพื่อให้ทราบว่า ผู้สูงอายุทำอะไรที่ไหน เมื่อใด และอย่างไร การได้มาซึ่งข้อมูลที่ละเอียดมากยิ่งขึ้นจะทำให้มองเห็นปัญหาที่ชัดเจนสามารถแก้ปัญหาได้ทัน่วงที

“ตอนแรกเราต้องให้เขาพูดก่อน ฟังก่อนว่าเขาทำได้แค่ไหน เราประเมินก่อนแล้วค่อยเสริมไปให้เขา ...เราก็จะบอกว่าทุกวันนี้ท่านอะไรคะ กับข้าวซื้อหรือทำเอง มีแม่บ้านทำให้ไหมอะไร...แล้วน้ำปลาที่บ้านเล็กใช้หรือยัง คือต้องพูดเจาะจงลงไปเลยในสิ่งที่เราต้องการให้เขาเป็น เช่น เล็กกินของเค็ม เล็กกินน้ำปลานะ” (พยาบาลคนที่ 2)

3.3.4 การสื่อสารเชิงบวก

การสื่อสารเชิงบวกเป็นวิธีการเสริมแรงทางบวกที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยเป็นการใช้คำพูดเชิงบวกต่างๆ เช่น การชื่นชม การให้กำลังใจ ฯลฯ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น

“คนไข้ส่วนใหญ่กว่า 80% เขาก็จะทำ จะเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเองนะ แต่เราต้องคอยให้กำลังใจและก็ติดตามเขานะ เราก็ให้กำลังใจ เอามาครั้งนี้น้ำหนักลงแล้วนะ ลงครึ่งกิโล ไขมันเริ่มลงแล้วนะ แล้วมีปัญหาอะไรไหม เราก็ค่อย ๆ เสริมไปที่ละอย่าง” (พยาบาลคนที่ 2)

นอกจากนี้ การสื่อสารเชิงบวกยังหมายถึงการสื่อสารด้วยความจริงใจและเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น การยิ้ม การสัมผัส การสบตา ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลอย่างเต็มที่

“ให้เขาไว้วางใจเราก่อนว่าเราเป็นบุคลากรทางการแพทย์ มีความปรารถนาดีกับคนไข้ ซึ่งในนั้นมันก็จะแฝงไปด้วยความจริงใจเวลาเราคุยกับคนไข้เรามีความจริงใจ คือต้องเก็บเขาเป็นความลับนะ เวลาคุยกับเขาต้องใช้เทคนิค ประสานสายตา เขามีตอบมือเขาเบาๆ ว่าเราจริงใจนะ ให้กำลังใจ พอเราสร้างสัมพันธภาพแล้ว มันต้องใช้เวลา พอครั้งต่อไปมาเราต้องจำคนไข้ให้ได้นะ พอเราจำคนไข้ได้เขาจะรู้สึกภูมิใจมากเลย ว่าพยาบาลคนนี้จำเขาได้ ก็บอกว่าคุณเป็นยังไง ดีขึ้นไหม น้ำตาลลดลงไหม โอ้ยดีมากเลย คือต้องพยายามแบบใช้สัมพันธภาพที่มีอยู่เป็นไม้ตายในการที่จะทำให้เขาไว้วางใจเราและทำตามที่เราบอก” (พยาบาลคนที่ 2)

3.3.5 การจัดหาแหล่งข้อมูลและช่องทางการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง

จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ พบว่า เพื่อเป็นการสนับสนุนการเรียนรู้ตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ การจัดหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น เช่น การแนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การจัดหาข้อมูลติดป้ายประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล เป็นต้น

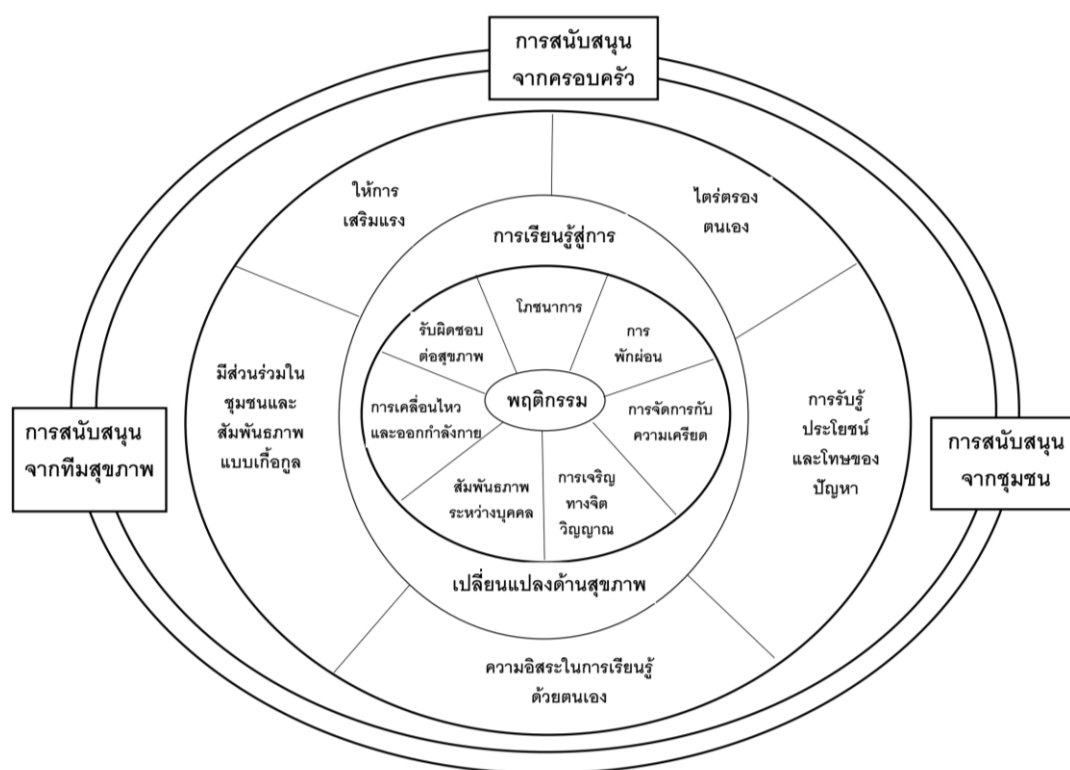
“เราก็ต้องแนะนำแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพในปัจจุบันนะ แหล่งข้อมูลเราก็มีหลากหลาย สามารถเข้าถึงได้เยอะ ...เวลามาโรงพยาบาลเขาก็จะได้ข้อมูลจากที่โรงพยาบาลจัดให้อยู่แล้วส่วนหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นทางสื่อต่าง ๆ หรือว่าเป็นข้อมูลต่าง ๆ ที่เขาประชาสัมพันธ์อยู่ในโรงพยาบาลพวกนี้ เขาก็สามารถหาได้ เพราะว่าเขารู้ว่าตัวเองป่วยเป็นอะไร เขาก็พยายามหาข้อมูลในการที่จะดูแลตนเอง โรคนี้มันเป็นอย่างไง เขาสามารถเข้าถึงได้” (พยาบาลคนที่ 2)

นอกจากนี้ การเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น หากผู้สูงอายุมีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพก็สามารถสอบถามจากทีมสุขภาพทั้งแพทย์และพยาบาลได้โดยตรงตลอดเวลา

“บางคนถ้าเป็นโรคหัวใจแล้วมีอาการ เราก็จะบอกว่าให้เขา คือ add Line คุยกับเรา หรือโทรศัพท์มาคุยกับเราได้แบบนี้ค่ะ ในคลินิก คุณหมอก็จะอยู่ด้วยในคลินิกก็อธิบายกันไปค่ะใน Line” (พยาบาลคนที่ 1)

“มี Line กลุ่มอย่างนี้ค่ะ ก็จะมีการบอกกันว่า เออ แต่ละวันเนี่ย ใครกินอะไร แล้วอันไหนที่กินไม่ได้ ก็จะมีการแนะนำกัน在那นั่น รวมทั้งเรา ซึ่งบางเรื่องที่เป็นข้อที่เขาคิด เช่น ไปซื้อยาสมุนไพรมากินหวังให้มันลงอย่างนี้ค่ะ หรือยาต้มอะไรอย่างนี้ เราก็จะบอกอันนี้มันกินไม่ได้ หรือว่าต้องมีการตรวจสอบมากขึ้น หรือบางคนนะ คือด้วยกลุ่มนี้เป็นวัยผู้สูงอายุก็จะมีเรื่องของปวดด้วย ถ้าเกิดบางอันที่กินไปแล้วเนี่ย หรือปฏิบัติไปแล้วมันทำให้ไตพังมีการกรองของไตไม่ดีอย่างนี้ค่ะ ก็ต้องมีการแนะนำต่อเนื่องค่ะ” (พยาบาลคนที่ 3)

จากคำอธิบายข้างต้น สามารถสรุปเป็นแผนภาพแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด ได้ดังภาพประกอบ 13



ภาพประกอบ 13 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะ
หัวใจขาดเลือด

จากภาพประกอบ 13 สรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง
เพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านการพักผ่อน ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย
ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
และด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ส่วนที่ 2 การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เป็น
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ของตนเองและสังคม
ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในชุมชนและสัมพันธภาพแบบเกื้อกูล การรับรู้ประโยชน์และโทษของ
ปัญหา การไตร่ตรองตนเอง ความอิสระในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการให้การเสริมแรง และส่วน
ที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัวในการให้กำลังใจ ข่าวสาร

ด้านสุขภาพ และสิ่งของต่าง ๆ การสนับสนุนจากชุมชนในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน ภายในชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเอง การกระตุ้นกระบวนการคิดไตร่ตรอง การติดตามตรวจสอบข้อมูลและให้ผลสะท้อนกลับ การสื่อสารเชิงบวก และการจัดหาแหล่งข้อมูลและช่องทางการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงและค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดโดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) แบบมีลำดับเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) ที่มีระยะต่อเนื่องกัน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และตามด้วยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำเสนอการสรุปผลการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 เชิงปริมาณ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอ แบ่งออกเป็น 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ ลักษณะข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง สรุปผลของวัตถุประสงค์ข้อที่ 1-3 มีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรีและเทศบาลนครปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีจำนวน 690 คน พบว่าข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มรวมนั้น ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 519 คน คิดเป็นร้อยละ 75.22 สถานภาพคู่ จำนวน 392 คน คิดเป็นร้อยละ 56.81 การประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน จำนวน 299 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 สถานภาพในครอบครัวเป็นผู้นำครอบครัวจำนวน 374 คนคิดเป็นร้อยละ 54.20 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง จำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 58.84 แหล่งช่วยเหลือในชุมชนเป็น รพ.สต.จำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 39.42 และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนจำนวน 534 คน คิดเป็นร้อยละ 77.39

กลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย ช่วงอายุ 60-69 ปี (64.32 ± 2.97) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 41.16 รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 76.52 สถานภาพคู่ จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 47.25 การประกอบอาชีพเป็นพ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงานจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 48.70 สถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย

จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 53.91 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 60.58 แหล่งช่วยเหลือในชุมชนเป็น รพ.สต.จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 35.65 และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/อสม. และกิจกรรมออกกำลังกาย จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 32.77

กลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ช่วงอายุ 60-69 ปี (64.54 ± 2.84) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 36.23 รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 73.91 สถานภาพคู่ จำนวน 229 คน คิดเป็นร้อยละ 66.38 การประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน/ไม่ได้ทำงานจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 37.97 สถานภาพในครอบครัวเป็นผู้นำครอบครัว จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 62.32 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 57.10 แหล่งช่วยเหลือในชุมชนเป็น รพ.สต. จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 43.19 และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ/อสม. และกิจกรรมออกกำลังกาย จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 30.74

สรุปผลของวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าอำนาจนัยขององค์ประกอบน้อยโดยตัดออกทีละข้อคำถาม จนแบบจำลองดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ $\chi^2 = 518.66$, $df = 194$, $p = 0.000$, $CFI = 0.98$, $GFI = 0.94$, $NNFI = 0.97$, $RMSEA = 0.049$, $SRMR = .038$ แสดงดังตาราง 14 ซึ่งพบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าอำนาจนัยขององค์ประกอบของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.50-0.84 และมีจำนวนข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปรับใหม่มีจำนวน 22 ข้อโดยที่จำนวนตัวแปรสังเกตและนิยามเชิงปฏิบัติการคงเดิม

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสร้างข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับบริบทงานวิจัยและครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร จำนวน 40 ข้อประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านโภชนาการจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความ

รับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณจำนวน 7 ข้อ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียดจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ แทบไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง เป็นประจำ (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือกรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2, และ 1 จาก เป็นประจำ ถึง แทบไม่เคยปฏิบัติ และข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จาก แทบไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง เป็นประจำ (5 คะแนน) ถ้าผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 40 ข้อ นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านโดยพิจารณาจากค่า IOC ตั้งแต่ .50 ขึ้นไปพบว่าข้อคำถามผ่านเกณฑ์ จำนวน 34 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ ได้ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แล้วนำไปทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบวัดฉบับทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในต่างชุมชนที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกรายข้อต่ำกว่า 0.30 ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถาม เหลือข้อคำถามที่นำไปใช้จริง จำนวน 36 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.304 -0.678 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .932 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 690 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 345 คน และกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 345 คนพบว่าแบบวัดฉบับจริงมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .928 มีค่าความเชื่อมั่นด้านโภชนาการเท่ากับ .469 ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย .789 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง เท่ากับ .876 ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ .868 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณเท่ากับ .849 และด้านการจัดการกับความเครียดเท่ากับ .811

จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่สอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยโดยตัดออกทีละข้อคำถาม จนแบบจำลองดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่า $\chi^2 = 518.66$, $df = 194$, $p < 0.001$, $CFI = 0.98$, $GFI = 0.94$, $NNFI = 0.97$, $RMSEA = 0.049$, $SRMR = 0.038$ ซึ่งพบว่า ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.50-0.84 และมีจำนวนข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปรับใหม่ มีจำนวน 22 ข้อ โดยที่จำนวนตัวแปรสังเกตและนิยามเชิงปฏิบัติการคงเดิม

ผลการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันรายด้านกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าค่า $\chi^2 = 9.60$, $df = 6$, $p\text{-value} = 0.14269$, $\chi^2/df = 1.60$, $RMSEA = 0.029$, $RMR = 0.012$, $SRMR = 0.016$, $CFI = 1.00$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 0.98$, $CN = 1222.17$ เมื่อพิจารณาค่าดัชนีเหล่านี้กับเกณฑ์ความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้นสรุปได้ว่าโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันรายด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน ทั้ง 6 องค์ประกอบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ตั้งแต่ 0.39 - 0.71 โดยพบว่าองค์ประกอบที่ 1 ด้านโภชนาการ องค์ประกอบที่ 2 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย องค์ประกอบที่ 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และองค์ประกอบที่ 6 ด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ 0.39, 0.64, 0.71, 0.65, 0.75 และ 0.68 ตามลำดับ ส่วนค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน มีค่าตั้งแต่ 0.43 - 0.85 และผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า t ตั้งแต่ 9.17- 19.63 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า R^2 ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นขององค์ประกอบ ตั้งแต่ 0.15 - 0.57 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรแฝงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 15- 57

สรุปผลของวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการวิเคราะห์การตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้ทำการปรับแก้แบบจำลองโดยการยอมให้ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตบางคู่มีความสัมพันธ์กัน ในการปรับแก้แบบจำลองดังกล่าว พบว่า แบบจำลองที่ได้ดำเนินการปรับแก้ (Adjust Model) มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน (Fit Index) ดังนี้ $\chi^2 = 461.39$, $df = 189$, $p\text{-value} < 0.001$, $\chi^2/df = 2.44$, $RMSEA = 0.046$, $RMR = 0.028$, $SRMR = 0.040$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.94$, $AGFI = 0.92$, $CN = 360.57$ แสดงว่าแบบจำลองโครงสร้างมีความกลมกลืน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อยคือตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลรวม .69 มีอิทธิพลทั้งทางตรง .28 และอิทธิพลทางอ้อม .41 ตัวแปรอิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลรวม 0.54 มีอิทธิพลทางอ้อม 0.35 แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรง ตัวแปรกระบวนการสู่การ

เปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลรวม 0.40 มีอิทธิพลทางตรง 0.40 แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อม และตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลทางอ้อม 0.15 แต่ไม่มีอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรง ซึ่งตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 59 นอกจากนี้พบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อย คือตัวแปรอิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลรวม 0.88 และมีอิทธิพลทางตรง 0.88 แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อม ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม 0.73 และมีอิทธิพลทางอ้อม 0.73 แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรง และตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลรวม 0.24 และมีอิทธิพลทางอ้อม 0.24 แต่ไม่มีอิทธิพลทางตรง ซึ่งตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 77 และพบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่ออิทธิพลทางความคิด เรียงลำดับจากค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลจากมากไปน้อย คือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวม 0.83 มีอิทธิพลทั้งทางตรง 0.70 และอิทธิพลทางอ้อม 0.12 และตัวแปรความไว้วางใจมีอิทธิพลรวม 0.27 และมีอิทธิพลทางตรง 0.27 แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อม ซึ่งตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรอิทธิพลทางความคิดได้ร้อยละ 75 และยังพบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลรวม .46 มีอิทธิพลทางตรง .46 และสามารถอธิบายความแปรปรวนตัวแปรความไว้วางใจได้ร้อยละ 21

สรุปผลของวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย กับกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง แตกต่างกันหรือไม่ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบ 5 ขั้นตอน พบว่า ขั้นตอนที่ 1 พบว่า การวิเคราะห์โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้แบบจำลองทั้ง 2 กลุ่มมีความเท่ากัน พบว่าดัชนีความกลมกลืนบ่งบอกว่า แบบจำลองที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2/df < .50$, RMSEA < .08) แสดงว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่อาจแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จึงต้องดำเนินการทดสอบในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่สอง พบว่า การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกทุกตัวในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับกลุ่มเพศหญิงเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นตอนที่ 1 และกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมให้ค่า

น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตภายนอกของตัวแปรแฝงภายนอกทุกตัวในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 1 กับขั้นตอนที่ 2 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 1 กับขั้นตอนที่ 2 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 0.78, df_{\text{diff}} = 2$) แสดงว่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตภายนอกบนตัวแปรแฝงภายนอกทุกตัว ในแบบจำลองระหว่างกลุ่มเพศชายกับกลุ่มเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่สาม คือ การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตภายในของตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นตอนที่ 2 และกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมให้ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตภายในของตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 3 กับขั้นตอนที่ 2 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 3 กับขั้นตอนที่ 2 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 10.67, df_{\text{diff}} = 16$) แสดงว่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตภายในบนตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่สี่ คือ การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 3 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4 กับขั้นตอนที่ 3 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4 กับขั้นตอนที่ 3 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{\text{diff}} = 10.98, df_{\text{diff}} = 3$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายใน อย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ในแบบจำลองระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงแตกต่างกันจึงได้ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง คู่ความสัมพันธ์ใดที่แตกต่างกันดังนี้

ขั้นตอนที่ 4.1 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 3 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจในแบบจำลอง

ทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.1 กับขั้นตอนที่ 3 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.1 กับขั้นตอนที่ 3 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 4.24, df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปร แฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจใน แบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนที่ 4.2 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปร แฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิดเท่ากัน หรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 3 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝง ภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิดใน แบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลอง ขั้นตอนที่ 4.2 กับขั้นตอนที่ 3 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.2 กับ ขั้นตอนที่ 3 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 1.12, df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายใน อิทธิพลทางความคิดในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง ไม่แตกต่าง กัน

ขั้นตอนที่ 4.3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปร แฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 3 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปร แฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลอง ขั้นตอนที่ 4.3 กับขั้นตอนที่ 3 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 4.3 กับ ขั้นตอนที่ 3 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 4.43, df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายใน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนที่ห้า คือ การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปร แฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชาย กับเพศหญิงเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์

อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอน ที่ 5 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ($\chi^2_{diff} = 11.01, df_{diff} = 7$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายใน อย่างน้อย 1 คู่ความสัมพันธ์ ในแบบจำลองระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงแตกต่างกัน จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง คู่ความสัมพันธ์ใดที่แตกต่างกันดังนี้

ขั้นตอนที่ 5.1 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายใน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.1 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.1 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 0.33, df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5.2 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อ ตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อ ตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.2 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.2 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 0.23, df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ อิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อ ตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5.3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.3 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.3 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 2.40$, $df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 5.4 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิด ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง เท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิด ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.4 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.4 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = -.01$ $df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายในได้แก่ อิทธิพลทางความคิด ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขั้นตอนที่ 5.5 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิด เท่ากันหรือไม่ โดยใช้แบบจำลองในขั้นที่ 4 และกำหนดเพิ่มเติมให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายในได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิด ในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มให้เท่ากัน ผลการพิจารณาจากผลต่างของ ไค-สแควร์ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.5 กับขั้นตอนที่ 4 บนผลต่างของ ค่าองศาอิสระ ระหว่างแบบจำลองขั้นตอนที่ 5.5 กับขั้นตอนที่ 4 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ($\chi^2_{diff} = 0.03$ $df_{diff} = 1$) แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของ ตัวแปรแฝงภายในได้แก่ ความไว้วางใจ ที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในอิทธิพลทางความคิด ในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตที่ใช้วัดตัวแปรแฝง และค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ไม่แตกต่างกัน แต่มีค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในแตกต่างกันบางส่วน โดยพบความแตกต่างในเส้นความสัมพันธ์ 3 เส้น คือ 1) ค่าอิทธิพลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.57 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.36 2) ค่าอิทธิพลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.43 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ค่าอิทธิพลของตัวแปรอิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.87 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.88

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่าค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงทั้ง 5 ตัวแปร มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($Mean_{diff} = -0.04$, $t = -0.99$, $p < .05$) ความไว้วางใจ ($Mean_{diff} = -0.10$, $t = -0.66$, $p < .05$) อิทธิพลทางความคิด ($Mean_{diff} = -0.01$, $t = -0.25$, $p < .05$) กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ($Mean_{diff} = -0.05$, $t = -1.18$, $p < .05$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($Mean_{diff} = -0.07$, $t = -1.54$, $p < .05$) จากผลการวิจัย สรุปได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงค่าเฉลี่ยตัวแปรในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

ผลการวิจัยระยะที่ 2 เชิงคุณภาพ

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 การค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้นำเสนอ แบ่งออกเป็น 2 หัวข้อหลัก ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนทั้งหมด 12 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และผ่านเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ที่ได้กำหนด โดยผู้ร่วมวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ

จำนวน 4 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือกมาให้ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด โดยผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน มีอายุระหว่าง 64-68 ปี มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 3 คน แม่บ้าน จำนวน 2 คน และค้าขาย จำนวน 1 คน มีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 3 คน มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) จำนวน 3 คน ใช้สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท จำนวน 4 คน สิทธิต้นสังกัดเบิกได้ จำนวน 2 คน และเป็น อสม. จำนวน 2 คน และผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มบุคลากรที่มีสุขภาพ จำนวน 6 คน มีอายุระหว่าง 38-55 ปี มีอายุการทำงานน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน ทำงานมากกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน ศึกษาปริญญาตรี จำนวน 4 คน ปริญญาโท จำนวน 2 คน มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 4 คน มีความเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 4 คน ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

สำหรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากการสัมภาษณ์ พบว่าแต่ละแนวทางมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แบ่งออกเป็น 3 แนวทาง ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุหมายถึงวิธีการที่ผู้สูงอายุนำมาใช้ในการสร้างและปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและรักษาภาวะหัวใจขาดเลือด แบ่งออกเป็น 7 พฤติกรรม ได้แก่

1.1 ด้านโภชนาการ แนวทางคือการปรับพฤติกรรมการกินจากการซื้ออาหารสำเร็จรูปมาเป็นทำอาหารกินเองที่บ้าน กินอาหารในปริมาณที่พอเหมาะพอควร ลดอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และเน้นอาหารจำพวกผักและผลไม้เป็นประจำ

1.2 ด้านการพักผ่อน แนวทางคือการปรับพฤติกรรมการนอนจากการนอนดึกเป็นการนอนหัวค่ำหรือนอนไม่เกิน 4 ทุ่มและตื่นแต่เช้าตรู่

1.3 ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย แนวทางคือการสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและความเจ็บป่วย การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเป็นการออกกำลังกายพอประมาณรวมถึงการทำงานบ้าน มีการวางแผนและมีเป้าหมายในการออกกำลังกายที่ชัดเจน ต้องทำเป็นกิจวัตรประจำวัน

1.4 ด้านการจัดการกับความเครียด แนวทางคือการรู้จักปล่อยวาง การทำกิจกรรมผ่อนคลายกับเพื่อนบ้าน พูดคุยกับเพื่อนบ้าน และการทำงานจิตให้เป็นกุศล ได้แก่ การไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ รวมไปถึงการเป็นจิตอาสาต่าง ๆ

1.5 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ แนวทางคือการใช้พฤติกรรมควบคุมตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เช่น อาหารรสเค็ม อาหารทอด แต่การควบคุมตนเองจะช่วยให้ผู้สูงอายุค่อยๆ ลดปริมาณอาหารที่ไม่มีประโยชน์จนสามารถเลิกกินอาหารเหล่านั้นได้ในที่สุด

1.6 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล แนวทางคือการสร้างสัมพันธภาพมีการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน มีการพบปะพูดคุยหรือแสดงความคิดเห็นในชุมชน ทำให้มีความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองนั้นมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี

1.7 การเจริญทางจิตวิญญาณ แนวทางคือการเตรียมความพร้อมและยอมรับสภาพของตนเอง รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความสงบสุข การแก้ปัญหาอย่างมีสติ เหตุผล ให้กำลังใจตนเอง เป็นความเกี่ยวเนื่องของจิตวิญญาณและชีวิต

2. การส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหมายถึงวิธีการเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุนำมาใช้ในการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมไปถึงการพัฒนากระบวนการคิด ความรู้สึก และการกระทำที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น แบ่งออกเป็น 5 พฤติกรรม ได้แก่

2.1 การมีส่วนร่วมในชุมชนและสัมพันธภาพแบบเกื้อกูล แนวทางคือการได้เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง จากการมีส่วนร่วมในชุมชนโดยเฉพาะการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. โดยชุมชนจะมีการอบรม อสม. อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในชุมชนยังหมายถึงการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

2.2 การรับรู้ประโยชน์และโทษของปัญหา แนวทางคือการคิดเพื่อหาสาเหตุของปัญหา มองเห็นปัญหาและโทษของปัญหา ตลอดจนสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหานั้น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่จะต้องป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่เป็นโทษของปัญหาเหล่านั้น

2.3 การไตร่ตรองตนเอง แนวทางคือการไตร่ตรองตนเองซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการคิดที่นำไปสู่การมองเห็นโทษของปัญหา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

2.4 ความอิสระในการเรียนรู้ด้วยตนเอง แนวทางคือการหาความรู้ด้วยตนเองจากสื่อหรือแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ตามความสะดวกและความสนใจของตนเอง เช่น การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ ฯลฯ แล้วนำความรู้เหล่านั้นมาผสมผสานและปรับประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวัน และจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลทำงานง่ายขึ้นเพราะผู้สูงอายุได้ค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคด้วยตนเองมาก่อนแล้ว

2.5 การให้การเสริมแรง แนวทางคือให้การเสริมแรงเป็นการให้รางวัลหรือคำชื่นชมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น หรือรับรางวัลจากผู้อื่นเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหันมาสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น

3. การสนับสนุนทางสังคม แนวทางการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน มีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

3.1 การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่จะต้องคอยดูแลผู้สูงอายุในบ้าน การเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ไม่ทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง นอกจากจะช่วยดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแล้วยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการช่วยเหลือตนเองด้วยเช่นกัน แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

3.1.1 การสนับสนุนจากครอบครัวด้านอารมณ์ แนวทางคือการทำกำลังใจ ดูแล ใจใส่ มีความเอื้ออาทร และมีการทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องคอยดูแล ช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแล้วยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการช่วยเหลือตนเองด้วย

3.1.2 การสนับสนุนจากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร แนวทางคือการทำข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จากสมาชิกในครอบครัว และลูกหลาน และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ในเรื่องอาหาร ยา และการให้ข้อมูลไปตรวจสุขภาพตามที่แพทย์นัด

3.1.3 การสนับสนุนจากครอบครัวด้านทรัพยากร แนวทางคือความช่วยเหลือการเงิน ค่าใช้จ่าย สิ่งของ สถานที่และเวลา ในการไปตรวจสุขภาพหรือไปพบแพทย์ จากสมาชิกในครอบครัว และลูกหลาน

3.2 การสนับสนุนจากชุมชน เป็นการสนับสนุนจากชุมชนในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน แนวทางคือในชุมชนได้จัดสถานที่สำหรับการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ออกกำลังกายร่วมกัน และกิจกรรมอื่นๆภายในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และมีตัวแบบที่ดี น่ายกย่อง ได้มีการรวมตัวกันเพื่อสนับสนุนและคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง

3.3 การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เป็นผู้ให้ข้อมูลและแนวทางที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวทางการสนับสนุนจากทีมสุขภาพแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

3.3.1 การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเอง แนวทางคือในทีมสุขภาพจะมีแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรคและทำการรักษาและพยาบาลวิชาชีพยังสามารถให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาโดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่จะมีการอธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุของโรค กลไกการเกิดโรค วิธีป้องกันรักษา และยังสามารถแสดงหลักฐานหรือตัวอย่างจริงประกอบคำอธิบายไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับโรคหรือการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นของจริงและเกิดความรู้สึกรับผิดชอบตนเองตามความเป็นจริง มีความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

3.3.2 การกระตุ้นกระบวนการคิดไตร่ตรอง แนวทางคือพยาบาลวิชาชีพจะต้องพยายามสื่อสารกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการกระตุ้นกระบวนการคิด เกิดการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การเรียนรู้ดังกล่าวเกิดจากกระบวนการสะท้อนความคิด และการไตร่ตรองตนเอง จึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3.3.3 การติดตามตรวจสอบข้อมูลและให้ผลสะท้อนกลับ แนวทางคือพยาบาลจะแนะนำให้ผู้สูงอายุเขียนบันทึกประจำวันว่า ในแต่ละวันทำอะไรบ้างตั้งแต่ตื่นเช้าจนกระทั่งเข้านอนโดยเฉพาะการกิน การนอน และการออกกำลังกาย หลังจากนั้นพยาบาลจะติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุผ่านการอ่านบันทึกประจำวันของผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีวิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้คำถามเจาะลึกและรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ จะทำให้รับทราบข้อมูลที่ชัดเจนและสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด การใช้คำถามเจาะลึกคือการถามตะล่อม (Probing questions) จะทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากยิ่งขึ้นจะทำให้มองเห็นปัญหาที่ชัดเจน สามารถแก้ปัญหาได้ทัน่วงที

3.3.4 การสื่อสารเชิงบวก แนวทางคือพยาบาลวิชาชีพมีวิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยเป็นการใช้คำพูดเชิงบวกต่าง ๆ เช่น การชื่นชม การให้กำลังใจ ฯลฯ เพื่อให้ผู้สูงอายุ

เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น และจะต้องสื่อสารด้วยความจริงใจ และเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น การยิ้ม การสัมผัส การสบตา ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือกับแพทย์และพยาบาลอย่างเต็มที่

3.3.5 การจัดหาแหล่งข้อมูลและช่องทางการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง แนวทางคือการจัดหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น เช่น การแนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การจัดหาข้อมูลติดป้ายประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการสนับสนุนการเรียนรู้ตามอัธยาศัยของผู้สูงอายุ และการเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับทีมสุขภาพในการตอบข้อสงสัยหรือข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาเป็นพื้นฐานในการศึกษา ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสารและจากข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของโมเดล พบว่าโมเดลแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยสอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่านที่มีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าลักษณะของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น จะต้องลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงหลักเลียงต็มน้ำชา กาแฟ น้ำอัดลมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ ออกกำลังกายเดินเร็วอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 ครั้งต่อสัปดาห์เดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์และบันไดเลื่อน เดินเร็วหรือปั่นจักรยานแทนการขับรถในระยะใกล้ ๆ หาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ เมื่อรู้สึกจะไม่สบายใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวไม่สบายใจหรือมีความเครียดจะพบทนายหาสาเหตุและหาวิธีการจัดการความเครียด แบ่งเวลาในการทำงานกับพักผ่อนให้เหมาะสม จัดสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ให้น่าอยู่น่าอยู่เพื่อสุขภาพที่ดี (ปาริชาติ พยัคฆรักษ์ และ รัตนศิริ ทาโต, 2556; ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล และคนอื่น ๆ, 2560; ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคนอื่น ๆ, 2561; Giena et al., 2018)

ผลการวิจัยยังพบว่าโมเดลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นโมเดลตัวแทนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย ซึ่งเป็นโมเดลทางเลือกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า ค่าสถิติของตัวแปรสังเกตทั้ง 22 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ อยู่ระหว่าง 0.25-0.70

ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงสูงและค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.50-0.84 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้คือ 0.50 ขึ้นไป (Tabachnick, 2013) และจากผลวิเคราะห์ได้ค่าไค-สแควร์ (χ^2) เท่ากับ 518.66 มีค่านัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ ค่า χ^2 ก็จะมีค่าสูง ซึ่งส่งผลให้ค่า χ^2 มีนัยสำคัญได้ ทั้งที่แบบจำลองที่ตรวจสอบมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และพิจารณาค่า χ^2 กับองศาอิสระ (χ^2/df) เท่ากับ 2.67 ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากอัตราส่วนระหว่างค่า χ^2/df ควรน้อยกว่า 5 แสดงว่า แบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี (Bollen, 1989) และค่าดัชนีความเหมาะสมพอดี (GFI) เท่ากับ 0.94 ค่าดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ 0.92 และค่าดัชนีความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.98 เนื่องจากมีค่ามากกว่า 0.9 แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมถึงการพิจารณาค่าดัชนีค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของเศษมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ 0.038 และค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.049 ซึ่งมีค่าต่ำมากใกล้เคียงศูนย์ด้วยเหตุผลการวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นการยืนยันความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของโมเดลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเป็นเทคนิคและวิธีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างที่ดีวิธีหนึ่ง เป็นการตรวจสอบว่าโครงสร้างองค์ประกอบหรือโมเดลการวัดที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดหรือทฤษฎี การวัดคุณลักษณะนั้นสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ (สุกมาส อังสุโชติ และคนอื่น ๆ, 2557) จากผลการวิเคราะห์ที่แสดงข้างต้น กล่าวได้ว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง สามารถนำไปวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tanjani และคนอื่น ๆ (2016) ที่ได้พัฒนาแบบวัด HPLP-II ทั้ง 6 องค์ประกอบ ใช้ประเมินความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การทำกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล โภชนาการการเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียดศึกษาในผู้สูงอายุชาวอิหร่าน และ Cao และคนอื่น ๆ (2012) ได้พัฒนาแบบวัด HPLP-II ทั้ง 6 องค์ประกอบเช่นกันศึกษาในผู้สูงอายุชาวจีน พบว่า ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91 มีความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.67-0.88 ค่า split-half reliability เท่ากับ 0.92 และ ค่า Test-Retest Reliability เท่ากับ 0.68 จึงสรุปได้ว่า แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรมและสังคมไทยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีคุณภาพเที่ยงตรงและเชื่อมั่น สามารถใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้

การทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ 1) การตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองตามสมมติฐานที่ตั้งไว้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ 2) ตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองตามสมมติฐานที่ตั้งไว้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า แบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยดัชนีความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Indexes) มีค่า $\chi^2=461.39$, $df = 189$, $p\text{-value} < 0.001$, $GFI=.94$, $RMSEA = 0.046$, $SRMR = .040$ และดัชนีความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Incremental Fit Indexes) มีค่า $CFI = .99$ และค่า $TLI = .92$ และดัชนีความกลมกลืนเชิงประจักษ์ (Primary Fit Indexes) มีค่า $Relative \chi^2 = 2.44$ ดังนั้นแสดงว่าแบบจำลองสมการโครงสร้างมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยดัชนีความกลมกลืนทุกตัวผ่านเกณฑ์ (Joreskog & Sorbom, 1996, p. 121-122)

2. ตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีสอดคล้องกับสมมติฐานทั้งนี้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดและการกระทำ หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นที่ส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับนักวิชาการที่ได้ศึกษากระบวนการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและร่วมทำนายนั้ได้ร้อยละ 78.4 (อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล, 2559) และกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน ($r = 0.873$; $p < 0.01$) (กรรฐา มาตยากร, 2559) และยังพบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์แห่งมาเลเซีย ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.26 และสามารถอธิบายความแปรปรวนร้อยละ 7 (Liu et al., 2018)

2.2 อิทธิพลทางความคิดมีอิทธิพลทางตรงต่อกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐาน ทั้งนี้อิทธิพลทางความคิด ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อการกระทำกิจกรรม และต่อภาวะการณ์แวดล้อมรอบตัว ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (กัตติกา ธนะขำ และคนอื่น ๆ; Pender, 2011) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน ($r = 0.810, p < 0.01$) (กรฎา มาตยากร, 2559) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงการออกกำลังกายในนักศึกษามหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์แห่งมาเลเซีย (Liu et al., 2018) และจากข้อค้นพบด้านอิทธิพลทางความคิดไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความสามารถไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์แห่งมาเลเซีย (Liu et al., 2018) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ กรฎา มาตยากร (2559) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกายและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนวัยทำงาน ($r = 0.758, 0.810, p < 0.01$) และยังพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมของผู้สูงอายุในนิวไทเป ประเทศไต้หวันค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.71 และสามารถอธิบายความแปรปรวนร้อยละ 50 (Wu et al., 2016)

2.3 ความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ทั้งนี้ความไว้วางใจในทีมสุขภาพเป็นความรู้สึกไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ความคาดหวัง และความผูกพันของผู้มารับบริการที่มีต่อทีมสุขภาพ ในเรื่องคำพูดการกระทำหรือการตัดสินใจและมีความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงและยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุม (Mayer, Davis, & Schoorman, 1995) ข้อค้นพบดังกล่าวขัดแย้งกับการวิจัยเกี่ยวกับความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.160 ร่วมทำนายการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 26.6 และจากการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) พบว่า ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม

สุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.06 และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) พบว่า และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันและร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดได้ ร้อยละ 32.3 และเกศริน ศรีเพชร (2562) พบว่า ความไว้วางใจในทีมสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่ออิทธิพลทางความคิด ซึ่งขัดแย้งการสมมติฐาน ซึ่งจากการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) พบว่า ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.181 และร่วมทำนายการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วนได้ร้อยละ 49.40

2.4 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอิทธิพลทางความคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นใจเชื่อมั่นว่าตนเองได้รับความรัก การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และได้รับข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนได้รับข้อมูลย้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตนที่เผชิญอยู่ ทำให้มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (Schaefer et al., 1981) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรัก การเอาใจใส่ และการมีคุณค่าในสังคม ตลอดจนได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่มีประโยชน์ การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของจากครอบครัวและสังคม (ชนะ สมัครการ, 2560) จากข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยของ สดใสศรีสะอาด และ ศิริภาคนศรี (2560) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนและการสนับสนุนจากบุคลากรการแพทย์มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตอนต้น จังหวัดขอนแก่นมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.15 และจากวิจัยของ Goong และคนอื่น ๆ (2016) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยประเทศเกาหลีมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.21 และยังสอดคล้องกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ จังหวัดน่านมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.34 และ 0.18 ตามลำดับและยังพบว่ารับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยทำงานในประเทศอินเดีย มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.69สามารถอธิบายความแปรปรวนร้อยละ 48.3 (Ram & Laxmi, 2017)

การเปรียบเทียบรูปแบบและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงแตกต่างกัน มีดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงแตกต่างกันพบว่าผลสอดคล้องตามสมมติฐานบางส่วน คืออิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในความไว้วางใจและตัวแปรแฝงภายในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายกับกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงในแบบจำลองสมการโครงสร้างระหว่างกลุ่มเพศชายกับเพศหญิง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะอภิปรายตามเส้นความสัมพันธ์ ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรความไว้วางใจบุคลากรสุขภาพพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.57 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.36 ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความไว้วางใจบุคลากรสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาของ พยาม การดี และคนอื่น ๆ (2559) ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขคือหมอและพยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือโดยเฉพาะในด้านข้อมูลการเจ็บป่วย อาการและโรค รวมถึงความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่าง ๆ ที่ต้องเชื่อฟัง ต้องปฏิบัติตามเพื่อพ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในขณะที่ศึกษาของ พันธิตรา สิงห์เขียว (2557) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวได้มุ่งเน้น การใส่ใจดูแล หมั่นสอบถาม ให้ความรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ และคอยดูแลเรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรักและห่วงใยจาก

ครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสนใจที่ดูแลสุขภาพของตนเองและแสวงหาการบริการด้านสุขภาพมากขึ้นด้วยโดยเฉพาะมีความต้องการให้ สถานบริการสาธารณสุขมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อความสะดวกรวดเร็ว และต้องการให้สถานบริการมีการจัดบริการให้ คำปรึกษาทั่วไปแก่ผู้สูงอายุ และให้สถานบริการมีการจัดบริการเยี่ยมบ้าน โดยแพทย์และทีมสหสาขา และ จากการศึกษาของ Uzobo และ Dawodu (2015) พบว่าผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบทมีความยากจนและมีปัญหาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชุมชนเมืองจึงส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับ กุลวดี โจนไพศาลกิจ และยุวดี รอดจากภัย (2561) พบว่าเฉพาะสถานะทางการเงินที่ผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่พอใช้แต่ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีสถานะพอใช้และไม่พอใช้ใกล้เคียงกัน ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีภาวะสุขภาพทางกายทางสังคม และทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท

2. ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิทธิพลทางความคิดที่ส่งผลต่อตัวแปรแฝงภายในกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.87 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.88 ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่ออิทธิพลทางความคิดมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย จากการศึกษาของ สุชาดา ใจเชื้อ (2560) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์การใช้ชีวิต มีกระบวนการรู้คิดอย่างมีเหตุผลยอมเข้าใจถึงประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ยาก และสามารถสร้างแรงจูงใจให้ตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะพักอาศัยในอาคารสูงกรุงเทพมหานครจะมีวิธีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ หนังสือพิมพ์โทรทัศน์ และรู้จักวิธีผ่อนคลายความเครียดเมื่อไม่ตนเองสบายใจ เช่นการพูดคุยกับบุคคลที่ไว้ใจเพื่อระบายความรู้สึก การหางานอดิเรกทำ มองโลกในแง่ดี เป็นต้น จากการศึกษาของ นางเยาว์ มีเทียน และ อภิญญา วงศ์พิริโยธา (2561) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ และประเมินความสามารถตนเองในการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้มีพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านความมั่นคงทางการเงินและที่อยู่อาศัย และด้านการมีกิจกรรมร่วมกันกับครอบครัวและสังคม

3. ความสัมพันธ์ของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.43 แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงไม่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง จากการศึกษาของมนพัทธ์ อารัมภวิโรจน์ (2560) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับการได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว และได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้จากข้อค้นพบขัดแย้งกับการศึกษาของชลดา บุตรวิศา (2561) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสื่อมวลชนส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงแตกต่างกัน ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานจากผลการศึกษาทำให้ทราบแนวโน้มว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ในตัวแปรอิทธิพลทางความคิด การสนับสนุนทางสังคม ความไว้วางใจ กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมากดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการยอมรับ และการปรับตัวให้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ตนเองนั้นดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี มีนักวิชาการได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีการเจ็บป่วย และด้านการจัดการความเครียด (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557; ภาณี ดังสุรัตน์ และ วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์, 2558) แต่เมื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบเพศต่างกันพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) สอดคล้องกับสุชาดา ใจเชื้อ (2560) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการ ความเครียดด้านกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่ แตกต่างกันแตเมื่อนำมาศึกษารายด้านพบว่าด้านโภชนาการมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศ หญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และจากการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร พบว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ ในระดับมากและผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (ภรปภา จันทรศรีทอง, 2559) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเสาวนิจ นิจนันต์ชัย และ มาลี สันติศิริศักดิ์ (2553) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการดูแลตนเองด้าน สุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงและจากการศึกษาของ ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2561) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเองในด้านการป้องกันโรคมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงโดยเฉพาะในเรื่องการเปิดรับ ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการสวัสดิการจากรัฐของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครยังมีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากและ มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และยังสอดคล้องกับบุญฤทธิ์ สัตกุล (2560) พบว่ากลุ่มเพศชายเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 2 เท่า และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ สูงขึ้นสัมพันธ์กับกลุ่มการออกกำลังกาย อย่างเหมาะสม และยังพบว่า ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและ เพศหญิงไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล (วาสนา สิทธิกัน, 2560) และจะให้ความสนใจและมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเหมือนกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มี อายุน้อยจะมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อโดยภาพรวมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (ภรณี ดังสุรัตน์ และ วิมลฤดีพงษ์หิรัญญ์, 2558; ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561)

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองเพื่อป้องกันภาวะ หัวใจขาดเลือด

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดในแต่ละแนวทางมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สนับสนุน ซึ่งกันและกัน สามารถนำมาวิเคราะห์และอภิปรายร่วมกันเป็นลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งผู้สูงอายุและพยาบาลวิชาชีพต่างก็ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าแนวทางอื่น ๆ เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมเป้าหมายหลักของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรงโดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดจากงานวิจัยของทองทิพ แซ่จ้อหอ และคนอื่น ๆ (2554) ซึ่งศึกษาและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทำให้คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจลดลง โดยแนวทางหนึ่งของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองคือ การใช้กลุ่มช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งได้ผลลัพธ์ดีต่อทั้งตัวผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการและระบบสุขภาพ เกิดการรวมตัวของกลุ่มผู้ป่วยและชุมชนเอง เกิดชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนโรคหัวใจและมีการสร้างเครือข่ายชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ โดยสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม การส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่พยายามเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย การพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุจะได้เรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและหลากหลายวิธี ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน ตลอดจนการสนับสนุนซึ่งกันและกันในการปฏิบัติให้เป็นกิจวัตรประจำวัน โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากการมีความสัมพันธ์แบบเกื้อกูล และการมีตัวแบบที่ดีในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีการสร้างและปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นผลการวิจัยของ ศิริเนตร สุขดี (2560) ซึ่งศึกษาและพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า สาเหตุที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้แก่ ชุมชนมีพื้นที่ว่างสำหรับชุมชนใช้การออกกำลังกาย การมีตัวแบบในชุมชน และการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งปัจจัยสำคัญมาจากการเรียนรู้ที่จะนำมาพัฒนาสุขภาพตนเองอยู่เสมอ โดยนำแนวทางต่าง ๆ มาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลจะแสดงออกตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ตลอดจนลักษณะของบุคคล (Orem, 1980) ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมในทุกด้าน เป็นผลให้การเรียนรู้ของชุมชนเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะการเรียนรู้

ตามอรรถาธิบายทั้งจากแหล่งเรียนรู้ที่มีในชุมชนและจากแหล่งเรียนรู้ที่นำข่าวสารความรู้จากภายนอกชุมชน โดยสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการเรียนรู้ทั้งด้านการดูแลสุขภาพตนเอง (สายทิพย์ พิริยธนา รักษ์, 2556) จากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวทางที่สำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งสัมพันธ์กับแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การนอน การออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการความเครียด และการควบคุมตนเองสิ่งที่พบชัดเจนคือความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ตามอรรถาธิบายกับการจัดการความเครียดกล่าวคือ ผู้สูงอายุมีการศึกษาข้อมูลด้วยตนเองจากสื่อต่าง ๆ ตามความสะดวก เช่น อ่านข้อมูลจากโทรศัพท์ ดูโทรทัศน์พูดคุยแลกเปลี่ยนกับเพื่อนบ้านตลอดจนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยให้จิตใจสงบเบิกบาน เช่น การทำบุญ การฟังธรรม การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำในยามว่างและเป็นกิจกรรมผ่อนคลายซึ่งแฝงไปด้วยประโยชน์ต่อการนำมาเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นเนื่องด้วยผู้สูงอายุเคยผ่านประสบการณ์ชีวิตในการทำงานมานาน เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจึงมีเวลามากขึ้น ทำให้สามารถเลือกทำกิจกรรมในยามว่างได้ง่ายขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและสนุก (ภัทรพร ไพเราะ, 2539)สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประภาพร มโนรัตน์ และคนอื่น ๆ (2559) ซึ่งศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้การดูแลสุขภาพตนเองจากข้อมูลข่าวสารที่บุคลากรสุขภาพให้ความรู้ และจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสื่อต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น จากวิทยุ โทรทัศน์ ทำให้ผู้สูงอายุนำความรู้มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองนอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการดูแลสุขภาพจิตใจตนเองโดยการปล่อยวาง เข้าวัดทำบุญ พัฒนาจิตตนให้เกิดสุขภาพจิตดี อารมณ์ดี

สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านกระบวนการคิดของผู้สูงอายุ พบว่า การสะท้อนความคิดและการคิดแบบโยนิโสมนสิการเป็นวิธีการคิดที่มีกระบวนการคล้ายกัน ดังที่ พระพรหมคุณาภรณ์ (2538) กล่าวว่า การสะท้อนความคิด (Critical reflection) ตรงกับการคิดแบบโยนิโสมนสิการ คือการคิดสะท้อนอย่างแยบคายรอบคอบ ละเอียดย้อน และลึกซึ้ง คิดอย่างรอบด้าน คิดด้วยหลักเหตุผล และคิดวิเคราะห์แยกแยะให้เห็นทั้งส่วนดีส่วนเสีย อย่างไรก็ดี จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าทั้งสองแนวทางดังกล่าวแตกต่างกันตรงที่การสะท้อนความคิดเป็นการใคร่ครวญโดยสะท้อนจากประสบการณ์ชีวิตในอดีตที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ ส่วนการคิดแบบโยนิโสมนสิการเป็นการใคร่ครวญโดยสะท้อนจากความเป็นเหตุเป็นผลใน

เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระครู สุวิธานพัฒนบัณฑิต (2557) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ใน จังหวัดขอนแก่น พบว่า พระสงฆ์ได้ใช้หลักโยนิโสมนสิการในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง โดย ประยุกต์หลักพุทธธรรมบำบัดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย รวมถึงการเตรียมพร้อมต่อความตายในระยะสุดท้ายและวัยชราด้วย เพื่อการพึ่งตนด้านสุขภาพ การเป็นบุคคลต้นแบบ และเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณแก่ประชาชน

อนึ่ง ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่า กระบวนการคิดทั้งการสะท้อนความคิดและการคิดแบบ โยนิโสมนสิการของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเองได้โดยง่ายแต่ต้องอาศัยปัจจัยเกื้อหนุนที่ก่อให้เกิด กระบวนการคิดของผู้สูงอายุที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง คือการสนับสนุนจากทีม สุขภาพในการกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากการใช้วิธีการสื่อสารเชิงบวกจะเป็น องค์ประกอบรวมที่สำคัญแล้ว การสื่อสารผ่านช่องทางอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การสื่อสารแบบ Face to Face ก็สามารถช่วยกระตุ้นกระบวนการคิดได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็น LINE หรือการสื่อสารข้อมูลผ่าน สารสนเทศต่าง ๆ ในโรงพยาบาลหรือชุมชน ดังเช่นงานวิจัยของ บรรจง พลไชย (2557) ศึกษาการ เผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพในโรงพยาบาล พบว่า การเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพใน โรงพยาบาลเป็นกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ทักษะ และปฏิบัติ ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ การเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพไม่ควรเลือกรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยเฉพาะ แต่ควรเลือกให้เหมาะสมกับจุดประสงค์ เนื้อหา สถานที่ จำนวนกลุ่มเป้าหมาย วุฒิ ภาวะ และพื้นฐานความรู้ของผู้รับ และต้องเน้นให้ผู้รับข้อมูลสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วย ตนเอง

แนวทางที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งของการสนับสนุนจากทีมสุขภาพคือการออกเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมากเช่นกัน เนื่องจากทีมสุขภาพจะได้เห็นการ ปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและตรวจสภาพแวดล้อมในชุมชนเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเจ็บป่วย ตลอดจนช่วยเหลือและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุมากขึ้น สิ่งเหล่านี้จึงมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อความมีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ เสือดี และ เยาวลักษณ์ จันทรดี (2553) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการเยี่ยมบ้าน โดยพบว่าการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น กระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและการ

ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นสิ่งที่น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้ดีในระดับที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และสภาวะแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอแนะ 3 ส่วน ได้แก่ เพื่อการปฏิบัติ ข้อเสนอแนะทางนโยบาย และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1. จากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง จึงสามารถนำไปใช้พัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่เขตเทศบาลต่าง ๆ ควรมีนโยบายและมีแผนงานส่งเสริม สนับสนุน และเป็นพี่เลี้ยงให้กับกลุ่มอาสาสมัครชุมชนหมู่บ้านหรือผู้นำของชุมชน นำไปใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุ และมีการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวังสุขภาพประจำปี และทุก 3-6 เดือนถ้ามีความเสี่ยงสูง เพื่อนำไปสู่การวางแผน ช่วยเหลือสนับสนุน และส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ห่างไกลจากโรคหัวใจขาดเลือดต่อไป

2. จากการวิจัยครั้งนี้ พบตัวแปรสาเหตุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลทางความคิดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง และความไว้วางใจในทีมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นแนวทางให้กับกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของเทศบาลนครบุรีรัมย์ และเทศบาลนครปากเกร็ดและ รพสต. ที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลทางความคิด กระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง และความไว้วางใจในทีมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีคุณภาพเที่ยงตรงและเชื่อมั่นดังนั้น บทบาทในเชิงนโยบายสามารถนำไปวางแผนพัฒนาหรือวางกรอบของนโยบายโดยให้ระดับหน่วยงานรับนโยบายนำไปปฏิบัติและนำไปเป็นฐานข้อมูลสำคัญให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานสาธารณสุขและเขตเทศบาล ตลอดจนสามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการวางนโยบายในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ห่างไกลจากโรคหัวใจขาดเลือดต่อไปหรือเป็นการนำไปเป็นแนวทางไปสู่กลุ่มดูแลรับผิดชอบหรือผู้ปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่อาจจะเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงในพื้นที่ที่รับผิดชอบมีรายละเอียดดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำแบบวัดไปใช้ในการประเมินและคัดกรอง เฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือไม่ และได้ข้อค้นพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง โดยนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนไม่ให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนรูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสภาพของปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในเขตเทศบาลต่าง ๆ สามารถนำแบบวัดไปใช้ในการประเมินและคัดกรอง เฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือไม่ และได้ข้อค้นพบปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง โดยนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนไม่ให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนออกแบบในการจัดกิจกรรมและจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมในแต่ละบริบทของชุมชนนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปีซึ่งเป็นวัยที่เริ่มป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งน่าจะศึกษาในกลุ่มวัยทำงานเพราะส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงดี แต่ไม่ได้สนใจดูแลสุขภาพเท่าที่ควร ทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ ดังนั้นในการวิจัยในครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยในกลุ่มวัยทำงานเพราะว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ไม่ออกกำลังกาย และมีความเครียดจากการทำงานตลอดจนการละเลยใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง และอายุมากกว่า 45 ปี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ รวมถึงการศึกษาในภาพรวมโดยการนำตัวแปรชีวิตสังคมอื่น ๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ เป็นต้น นำมาศึกษาควบคู่ไปด้วยและจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่ามีตัวแปรเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยที่มีในอดีต และช่องทางในการรับข้อมูล ด้านสุขภาพ มีมากขึ้นและสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทำให้มีการดูแลสุขภาพมากขึ้น หรือบางครั้งไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองควรนำตัวแปรดังกล่าวมาศึกษาต่อยอด เพื่อร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับนำไปศึกษาต่อยอดงานวิจัยต่อไป ได้แก่ การพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ห่างไกลจากโรคหัวใจขาดเลือดหรือศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ห่างไกลจากโรคหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุกับวัยทำงาน นอกจากนี้ก็นำไปศึกษาในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญที่มีสุขภาพ นักวิชาการด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านโภชนาการหรือจากตัวผู้บริโภครเอง ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสียที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่การวิจัยแบบผสมวิธีครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ที่ลุ่มลึกแต่ยังไม่สะท้อนและการแก้ปัญหาที่แท้จริงของชุมชน ดังนั้นควรมีการศึกษาโดยออกแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมระดมปัญหา วางแผน การสังเกตการณ์ สู่การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนผลและปรับแผนในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้และสามารถนำไปขยายขอบเขตขององค์ความรู้ให้กว้างขวางมากขึ้น

บรรณานุกรม

- American Heart Association. (2018). *Heart disease and stroke Statistics—2018 Update: A Report From the American Heart Association*. Retrieved from <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIR.0000000000000558>
- Anderson, L. A., & Dedrick, R. F. (1990). Development of the trust in physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports*, 67(3_suppl), 1091-1100.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. NY: John Wiley & Sons.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.
- Chumacher, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press
- Creswell, J. W. (2014). *Research design qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4th ed.). United States of America, CA: SAGE.
- Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dehghankar, L. (2014). Physical activity's related factors based on transtheoretical model in older adults guilan In 2013. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 4(2), 24-30.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 1-13.
- Fuertes, J. N., Toporovsky, A., Reyes, M., & Osborne, J. B. (2017). The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 610-615.

- Hair, J. F. J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). NJ: Prentice Hall.
- Hall, K. L., & Rossi, J. S. (2004). A meta-analysis of the magnitude of effect in self-efficacy across adjacent stage transitions for 24 health behaviors: Informing interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(3), 132–170.
- Ham, O. K., & Yoo, J. B. (2009). Mediating effects of self-efficacy in the transtheoretical model among adolescent male smokers in Korea. *Asian Nursing Research*, 3(1).
- Jaiyungyuen, U., Suwonnaroop, N., Priyatrak, P., & Moopayak, K. (2012). *Factors influencing health-promotion behaviors of older people with hypertension*. 1st Mae Fah Luang University International Conference 2012, 1-9.
- Karintrakul, S. (2016). *The development of individualized nutrition counseling program matched with transtheoretical model in overweight and obese subjects*. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Bangkok.
- Kingston. (2018). *Top 5 causes-of death in the UK*. Retrieved from <https://www.letsgetchecked.com/articles/top-5-causes-of-death-in-the-uk>
- Kitzinger, J., & Barbour, R. S. (1999). Introduction: the Challenge and Promise of Focus Group. In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Ed.), *Developing Focus Group Research : Politics, Theory and Practice* (pp. 1-20). London: Sage.
- Liangchawengwong, S. (2012). *Prevalence, stages of change for lifestyle-related cardiovascular risk factors, and influencing factors of physical activity among Thai young adults the graduate school*. (Doctoral dissertation). Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Lim, Y. M., Sung, M. H., & Joo, K. S. (2010). Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(10), 42-50.
- Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., & Abbasi, M. (2017). Lived experiences of elderly patients with coronary artery disease: A hermeneutic phenomenological study. *Elderly Health Journal*, 3(1), 28-34.
- Jaiyungyuen, U., Suwonnaroop, N., Priyatrak, P., & Moopayak, K. (2012). *Factors*

- influencing health-promotion behaviors of older people with hypertension*. Paper presented at the Mae Fah Luang University International Conference 2012.
- Karintrakul, S. (2016). *The development of individualized nutrition counseling program matched with transtheoretical model in overweight and obese subjects*. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Bangkok.
- Kingston. (2018). Top 5 causes-of death in the uk. Retrieved from <https://www.letsgetchecked.com/articles/top-5-causes-of-death-in-the-uk>
- Kitzinger, J., & Barbour, R. S. (1999). Introduction: the challenge and promise of focus group. In R. S. Barbour & J. Kitzinger (Ed.), *Developing focus group research: Politics, Theory and Practice* (pp. 1-20). London: Sage.
- Liangchawengwong, S. (2013). *Prevalence, stages of change for lifestyle-related cardiovascular risk factors, and Influencing factors of physical activity among thai young adults the graduate school*. (Doctoral dissertation). Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Lim, Y. M., Sung, M. H., & Joo, K. S. (2010). Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling korean older women. *Journal of Gerontological nursing*, 36(10), 42-50.
- Marcinowicz, L., Jamiotkowski, J., Gugnowski, Z., Strandberg, E. L., Fagerström, C., & Pawlikowska, T. (2017). Evaluaton of the trust in physician scale of primary health care patents in north-east Poland: A preliminary study. *Fam Med Prim Care Rev* 2017, 19(1), 39–43.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
- Mendis, S., Puska, P., & Norrving, B. (2011). Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. WHO. *World Heart Federation and World Stroke Organization*.
- Giena, V. P., Thongpat, S., & Nitirat, P. (2018). Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 201-205.

- Pearson, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(23), 145-159.
- Pellegrini, C. A. (2017). Trust: the keystone of the patient-physician relationship. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(2), 95-102.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.): Prentice Hall.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.): Prentice Hall.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Diclemente, C. C. (2006). *Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Harper Collins Publishers
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am j Health Promot*, 12(1), 38-48.
- Romaina, A. J., Abdel-Baki, A. (2017). Using the transtheoretical model to predict physical activity level of overweight adults with serious mental illness. *Psychiatry Research*. 258:476–480.
- Sabate, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action: World Health Organization*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4(1), 381-406.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sevinc, S. (2018). Application of pender's health promotion model to post-myocard infarction patients in Turkey. *international Journal of Caring Sciences*, 11(1), 409-418.

- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (1990). *Focus group: Theory and practice*. Newbury Park, CA: Sage.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). New York: Pearson.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Umakorn, J., Nantawon, S., Panudda, P., & Kanokporn, M. (2012). *Factors in fluencing health-promoting behaviors of older people with hypertension*. Paper presented at the 1st Mae Fah Luang University International Conference 2012.
- Wongsaeng, Y. (2012). *Causal relationship of smoking cessation among thai alcohol dependent Smokers*. (Doctoral dissertation). Chulalongkorn University, Bangkok.
- World Health Organization. (2018). The top 10 causes of death. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Xiao, J. J., & Wu, J. (2006). *Encouraging behavior change in credit counseling: An application of the transtheoretical model of change (TTM)*. Tucson, Arizona: University of Arizona.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., . . . Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937-952.
- เกรียงไกร เสงี่ยมมี, ทวีทอง กอนันตกุล, สุวรรณิ ตั้งวีระพงษ์, และ กนกพร แจ่มสมบุญ. (2560). *สรุปผลการดำเนินงานโครงการ 10,000 ดวงใจ ปลอดภัย ด้วยพระบารมีถวายแด่ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว*. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก.
- เกศริน ศรีเพชร. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- เนตรดาว จิตโสภาคกุล. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 171-178.

- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุล, กนกพร แจ่มสมบุญ, วรนิช พัวไพโรจน์, ปัทมา พีระพันธ์, และ ยุพา อยู่เย็น. (2558). ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด กรณีศึกษา: ตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(1), 29-43.
- เสาวรัตน์ ฉิมศร. (2558). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกรณีศึกษา: อำเภอกระแสดินธุ์ จังหวัดสงขลา*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา, สงขลา.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, และ อนุธิดา ปิ่นแก้ว. (2558). ความสำคัญของเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 109-116.
- กรรฎา มาตยากร. (2559). *การพัฒนาโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กรมการแพทย์. (2558). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กฤษดา พรหมสุวรรณ. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น จังหวัดยะลา*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์, ยะลา.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กัตติกา ธนะขว้าง, จิราพร เกศพิชญพัฒนา, และ ชนกพร จิตปัญญา. (2553). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์อภิมาน. *Journal of Nursing Science*, 28(1), 60-68.
- กัมปนาท วีรกุล, และจิตติ ไชยิตไชยวัฒน์. (2557) *7R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน*. กรุงเทพฯ: ศรีนครดีไซด์พรีนติ้ง.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงห์เสมอ, และเยาวลักษณ์ ยิ้มเอื้อน. (2559). ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*. 8(1), 1-13.

- กิตติมาพร โลกาวิทย์. (2556). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 5(1), 194-211.
- กุลธิดา พานิชกุล, และ อติพร สำราญบัว. (2556). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ
ส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.
19(1), 66-76.
- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, และ ยุวดี รอดจากภัย. (2561). สุขภาวะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและ
เขตชนบทของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 13(1), 113-127.
- ขจรศักดิ์ บัวระพันธ์. (2556). วิจัยเชิงคุณภาพไม่ยากอย่างที่คิด (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: คอมม่าดี
ไซด์แอนดีพริ้นท์.
- ขวัญดาว กล่ำรัตน. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของ
ประเทศไทย. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร,
นครปฐม.
- จรัญญา จันทรพิชญ, จอม สุวรรณโณ, และ ทศน์ศรี เสมียนเพชร. (2554). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของผู้หญิง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: การทบทวนความรู้
อย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 22(1), 14-27.
- จุฬารณย์ โสตะ. (2554). แนวคิด พหุวิธี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
(พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2561). เอกสารอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่” (ลูกไก่) ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. 2561
- ชนะ สมัครการ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร.
(ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ชาย โพธิ์สีดา. (2556). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์
พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชุติมา สิ้นชัยวนิชกุล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2561). แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการ
ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 38(2), 132-

141.

ญาณินท์ ศรีทองเมือง. (2549). *ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของพลทหารค่าย
ภาณุรังษีจังหวัดราชบุรี*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ณัฏชา โพระดก. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชายวัยกลางคน
กลุ่มเสี่ยงอาการทางเมตาบอลิซึมในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

ณัฐวิวรรณ พันธุ์มั่ง, และ อลิสรา อยู่เลิศลบ. (2560). *ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปีพ.ศ. 2560:
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*.

ณัฐวิวรรณ พันธุ์มั่ง, และ อลิสรา อยู่เลิศลบ. (2561). *ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2561:
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*.

ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์. (2556). Medical Treatment and Coronary Revascularization. ใน
ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, และ เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ (บ.ก.), *PRACTICAL
CARDIOLOGY*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

ดุจเดือน พันธุมนาวิน. (2548). การสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้า: ความหมายวิธีวัดและแนว
ทางการพัฒนา. *วารสารจิตวิทยา*, 15, 65-81.

ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2558). Smoking: Neglected Cardiovascular Risk Factors. ใน อภิชาติ สุ
คนธรรพ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ (บ.ก.), *Evolution In Cardiovascular Medicine
Volume 1*. เชียงใหม่: ทริค อินค์.

ทัศนิกา เรืองทิพย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และ ฉัตรกนก ทุมวิภาต.
(2560). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
เรื้อรัง*. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 51-65.

ทิพย์กมล อีสลาม. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอ
เกาะยาว จังหวัดพังงา*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต,
ภูเก็ต.

ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร. (2556). Obesity and Obesity Paradox. ใน ศรัณย์ ควรประเสริฐ และ
อภิชาติ สุคนธรรพ์ (บ.ก.), *CARDIOVASCULAR GUIDELINE FOCUS*. เชียงใหม่: ทริค
อิงค์.

นงนภัส คู่ขวัญ เทียงกม. (2551). *การวิจัยเชิงบูรณาการแบบองค์รวม กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *โมเดลลิสเรล: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 63-74.

บุญฤทธิ์ สัตกุล, ดุรงค์กร พลทม, ทัดดา ศรีบุญเรือง, และ สุวรรณภา ภัทรเบญจพล. (2560).

พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ตามแบบจำลองการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 13(ฉบับพิเศษ), 647-657.

ประภัสสร พิมพ์สาร, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, และ นาริรัตน์ จิตรมนตรี. (2561). ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(1), 103-115.

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์, วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, และ ฉวีวรรณ โพธิ์ศรี. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัด เขตเมือง: กรณีศึกษาชุมชนบ้านบุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *Journal of Nursing Science*, 29(3), 84-93.

ปาริชาติ พยัคฆรักษ์, และ รัตน์ศิริ ทาโต. (2556). ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(3), 81-92.

ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนสิริ, บังอรศรี จินดาวงศ์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชนะปาน, ชนกานต์ จันทะคุณ, และ ชลทิพย์ สุภาพิน. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(2), 153-160.

ปิยะพล ทองอาจ. (2560). บทความเชิงวิเคราะห์ เรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแบบจำลองข้ามทฤษฎี. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 7(ฉบับพิเศษเดือนตุลาคม).

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พรทิพย์ เกตุรานนท์. (2557). *สถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี:

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

พรณี ปานเทวัญ, และ आयुพร ประสิทธิ์เวชชากร. (2557). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 5(1), 36-44.

- พินณา แสงสาคร, อรพินท์ ชูชม, และ พรณี บุญประกอบ. (2555). การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในบริบทของสังคมไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 8(1).
 พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว, และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- ภรณ์ ดังสุรัตน์, และ วิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย*, 20(1), 57-69.
- ภรภา จันทรศรีทอง. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ภัทรา ชูริค. (2560). *การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และนวัตกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรีนไลน์ พรินติ้ง เฮาส์.
- มนทิญา กงลา, และ จรวัย กงลา. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไผ่ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. *การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา*.
- มนทน์ดวงพัฒน์ อุ่นพรมมี, และ สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2552). *กิจกรรมทางกายของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา: การศึกษาด้วยแบบจำลองการเปลี่ยนแปลงและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง*. นครราชสีมา: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- มูจรินทร์ พุทธเมตตา. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยุพา ทองสุข. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ยุภา โฟผา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และ ทศนีย์ พุกษาชีวะ. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาปัจจัยเชิงลึกบ้านคลองโยง หมู่ที่ 1. วารสารพยาบาล*

ทหารบก, 18, 266-275.

- รุจ เจริญลาภ. (2548). *ความไว้วางใจภายในองค์กร กรณีศึกษาบริษัท ซีเมนต์ จำกัด กลุ่มธุรกิจ
สื่อสารเคลื่อนที่*. (สารนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนคริน
ทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- รุจิรางค์ แยกทอง. (2549). *การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนครปฐม จังหวัดนครปฐม.
(ปริญญาานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต)*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลอง
ตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วิภาพร ลิเลศมงคลกุล. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวด และการ
สนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นฟูผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อ
สะโพกเทียม*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพฯ.
- ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล, พิไลพร สุขเจริญ, และ สมจิตร พะยอมยงค์. (2560). *รูปแบบการสร้างเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.
- ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์. (2557). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา
อ.องครักษ์ ตำบลองครักษ์ จ.นครนายก*. วารสารพยาบาลทหารบก, 5(3), 353-360.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท
วิทย์พัฒน์ จำกัด.
- ศุกลรัตน์ อิงชาติเจริญ. (2551). *สัมพันธ์ภาพ ประสบการณ์ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความ
ไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกของผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สดใส ศรีสอาด, และ ศิริภา คงศรี. (2560). *ปัจจัยเชิงเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
ตอนต้น จังหวัดขอนแก่น*. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 23(1), 71-86.
- สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 8)*. กรุงเทพฯ: สำ
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และ

- มหาวิทยาลัยมหิดล (2553). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 สามารถ ใจเตี้ย, และ ดารารัตน์ จำเกิด. (2555). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง. *ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร*, 14, 107-112.
- สายทอง ภูแมนเทียน. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต).
- บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์องค์การสงเคราะห์พระพุทธศาสนา.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย. (2560). *P&P EXCELLENCE FORUM 2017*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติจังหวัดนนทบุรี. (2562). รายงานสถิติจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2556) สถิติสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2557) สถิติสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558) สถิติสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559) สถิติสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560) สถิติสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2561) สถิติสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-2565. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สิริขยา อังกูขจร. (2556). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุชาดา ใจซื่อ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงกรุงเทพมหานคร. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สุทิตี ชัตติยะ, และ วิไลลักษณ์ สุจิตตารนนท์. (2554). แบบแผนการวิจัยสถิติ (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพฯ: ประยูรวงศ์พรินต์ติ้ง.

สุปริญญา พรมมาลุน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และ และธวัชชัย พีรพัฒน์
ดิษฐ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน
ชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 53(1), 61-71.

สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2557). อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต).
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

สุภมาศ อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ, และ รัชนิภา ภิญโญภาณุวัฒน์. (2554). สถิติวิเคราะห์
สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท มิสชั่น มีเดีย จำกัด.

สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย:
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(1), 1156-1164.

สุภาวณี แสงเรือน. (2559). การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.
นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สุรพล พยอมแย้ม. (2556). จิตวิทยาในงานชุมชน. กรุงเทพฯ: บางกอกคอมเทค อินเตอร์เทรด.

สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย
ฉบับปรับปรุง ปี 2557 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระ
บรมราชูปถัมภ์.

สุระรอง ชินวงศ์. (2558). Evolution of Dyslipidaemia Pharmacological Therapy. ใน อภิชาติ สุ
คนธรรพ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ (บ.ก.), *Evolution In Cardiovascular Medicine*
Volume 1. เชียงใหม่: ทริค ดิงค์.

สุวิมล ตีรภานันท์. (2555). การวิเคราะห์ตัวแปรพหุในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อติพร สำราญบัว, และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขั้นตอนการเปลี่ยน
พฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนีนครราชสีมา, 21(1), 65-77.

อภิชาติ สุคนธรรพ์. (2555). Smoking Cessation. ใน อภิชาติ สุคนธรรพ์ และ ศรัณย์ ควร
ประเสริฐ (บ.ก.), *CARDIOVASCULAR MEDICINE The New Balance* (น. 73-74).
เชียงใหม่: ทริค ดิงค์.

- อภิชาติ สุคนธสรวรพ์. (2556). Prevention of Coronary Heart Disease. ใน ศรัณย์ ควณประเสริฐ และ อภิชาติ สุคนธสรวรพ์ (บ.ก.), *CARDIOVASCULAR GUIDELINE FOCUS* (น. 7). เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.
- อภิชาติ สุคนธสรวรพ์. (2557). Evidence-Based and Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension. ใน อภิชาติ สุคนธสรวรพ์ และ ศรัณย์ ควณประเสริฐ (บ.ก.), *DILEMMAS IN CARDIOVASCULAR DISEASE* (น. 24). เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.
- อภิชาติ สุคนธสรวรพ์. (2557). Guidelines on Diabetics, Pre-diabetics and Cardiovascular Disease. ใน อภิชาติ สุคนธสรวรพ์ และ ศรัณย์ ควณประเสริฐ (บ.ก.), *DILEMMAS IN CARDIOVASCULAR DISEASE* (น. 35-37). เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.
- อภิชาติ สุคนธสรวรพ์. (2557). Pathogenetic Classification ของ ACS. ใน อภิชาติ สุคนธสรวรพ์ และ ศรัณย์ ควณประเสริฐ (บ.ก.), *DILEMMAS IN CARDIOVASCULAR DISEASE* (น. 131-134). เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.
- อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเป็น เบาหวาน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 16(2), 309-322.
- อรินทยา พรหมนิธิกุล. (2555). Assessing Subclinical Atherosclerosis. ใน อภิชาติ สุคนธสรวรพ์ และ ศรัณย์ ควณประเสริฐ (บ.ก.), *CARDIOVASCULAR MEDICINE The New Balance* (น. 195). เชียงใหม่: ทริค ธิงค์.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2556). การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2558). การเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาวะตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรมหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อัษฎรา นุชตะโร. (2554). Angina in acute coronary syndrome patients. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*. 57(2).
- อัษฎินันท์ นันตะสุคนธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

(ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,
กรุงเทพฯ.





ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ชื่อ สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภากร จันประเสริฐ	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราภร สุรการ	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิวิธน์ กิตติพิชัย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
6. แพทย์หญิงพรดี ประักษ์ขาม	สถาบันโรคทรวงอก



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1: การวิจัยเชิงปริมาณ



แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

คำนี้แจง : แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านช่วยตอบแบบสอบถามนี้ โดยปฏิบัติตามคำชี้แจงในแบบสอบถามแต่ละตอน และเนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายฉบับ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลเบื้องต้นและแบบประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใน 10 ปีข้างหน้า มีดังนี้

1. แบบเก็บข้อมูลเบื้องต้น
2. แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม จำนวน 5 ฉบับ รวม 114 ข้อ มีดังนี้

1. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ
2. แบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง จำนวน 34 ข้อ
3. แบบวัดอิทธิพลทางความคิด จำนวน 19 ข้อ
4. แบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ
5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

จึงขอให้ท่านอ่านแต่ละข้อคำถามให้เข้าใจและขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงให้มากที่สุดและขอให้ตอบครบทุกข้อ ไม่มีข้อใดถูกหรือข้อใดผิดเป็นเพียงการแสดงความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น จึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น ทั้งนี้ขอขอบคุณที่ท่านสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยครั้งนี้

นวรรตน์ สุทธิพงศ์

นิสิตปริญญาเอก สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม จำนวน 5 ฉบับ มีดังนี้ คือ

1. แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
ที่ตรงกับกิจกรรมหรือ การกระทำที่ท่านปฏิบัติมากที่สุดเพียงข้อเดียว และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	กิจกรรมหรือ การกระทำที่ท่านปฏิบัติ				
	แทบไม่ เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
	1	2	3	4	5
โภชนาการ					
1. ฉัน <u>เลี้ยง</u> ที่จะการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน สัตว์ปีก ขาหมู ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง					
2. ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิหรือน้ำมัน ในปริมาณมาก เช่น ก๋วยเตี๋ยวผัด แกงเขียวหวาน มัสมั่น และอาหารอื่นๆ					
3. ฉันรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม ชมพู ฝรั่ง มะละกอ แอปเปิ้ล แก้วมังกร					
4. ฉันดื่มน้ำชา กาแฟที่ใส่น้ำตาล น้ำอัดลม เครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลังชนิดต่างๆ เช่น กระทิงแดง ลิโพ					
5. ฉันใส่ผงชูรส หรือผงปรุงรส เช่น รสดี คนอร์ เพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหาร					
กิจกรรมและการออกกำลังกาย					
6. ฉันเริ่มออกกำลังกายเบาๆ ก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น และจะค่อยๆ ลดการออกกำลังกายลง โดยไม่หยุดทันที เมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกาย					
7. ฉันออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ครั้งละ 20-30 นาที หรือมากกว่านั้น เช่น การเดินเร็ว หรือปั่นจักรยาน					
8. ฉันเดินขึ้นลงบันได หรือ เดิน หรือ ปั่นจักรยาน แทนการใช้รถยนต์ในระยะทางที่ไม่ไกล					
9. ฉันเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวัน เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ทำสวน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น					

ข้อคำถาม	กิจกรรมหรือ การกระทำที่ท่านปฏิบัติ				
	แทบไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
	1	2	3	4	5
10. ฉันออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เดินแกว่งแขน กายบริหาร แอโรบิคหรือออกกำลังกายอื่นๆ					
11. ขณะออกกำลังกายฉันสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง เช่น อาการหน้ามืด เป็นลม เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น					
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ					
12. ฉันหมั่นเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด					
13. เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพฉันจะสอบถามหรือรับข้อมูลการรักษาเบื้องต้น					
14. ฉันหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูข่าว เข้าอบรมความรู้ทางสุขภาพเพื่อนำมาใช้ ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด					
15. ฉันปฏิบัติตามที่บุคลากรสุขภาพ มาให้คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด					
16. ฉันพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือซักถามกับผู้ที่มีความรู้ในด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด					
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล					
17. เมื่อฉันรู้สึกที่ไม่สบายใจหรือกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ฉันจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว					
18. ฉันติดต่อพูดคุย หรือเยี่ยมเยียนลูกหลาน/ญาติ / คนในชุมชน					
19. ฉันมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในครอบครัวและชุมชน					
20. ฉันยอมรับความคิดเห็นและการกระทำต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน					
21. ฉันให้ความช่วยเหลือญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิด ทุกครั้งเมื่อเขาต้องการ					

ข้อคำถาม	กิจกรรมหรือ การกระทำที่ท่านปฏิบัติ				
	แทบไม่ เคยปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
	1	2	3	4	5
22. ฉันพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้าน ใกล้เคียง					
23. ฉันเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ กับคนในครอบครัว					
การเจริญทางจิตวิญญาณ					
24. ฉันพยายามให้กำลังใจตัวเองว่ามีสุขภาพแข็งแรง และมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น					
25. ฉันเตรียมพร้อมที่อาจจะพบความเปลี่ยนแปลง ด้านสุขภาพในอนาคต					
26. ฉันตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีกิจกรรม ทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น					
27. ฉันเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบประสบการณ์ ที่ใหม่ ๆ และท้าทาย					
28. ฉันจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ให้น่าดู น่าอยู่ เพื่อสุขภาพที่ดีของฉัน					
29. ฉันดูแลตนเองให้คงมีสุขภาพที่ดีเพื่อจะได้ไม่เป็น ภาระต่อลูกหลาน					
30. ฉันสวดมนต์ ทำสมาธิและคิดทบทวนสิ่งที่ตนเอง ได้กระทำผ่านมา					
การเจริญทางจิตวิญญาณ					
31. ฉันใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเอง เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับผู้อื่น					
32. ฉันผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำ หรือหาเวลาผ่อนคลายด้วยการ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ					
33. เมื่อฉันไม่สบายใจหรือมีความเครียด ฉันจะ พยายามทบทวนหาสาเหตุและหาวิธีแก้ไขให้ดีขึ้น					
34. ฉันร่วมสนทนากับกลุ่มหรือชมรมต่างๆ เพื่อการสังสรรค์ เพลิดเพลิน					

ข้อคำถาม	กิจกรรมหรือ การกระทำที่ท่านปฏิบัติ				
	แทบไม่เคยปฏิบัติ	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
	1	2	3	4	5
35. ฉันแบ่งเวลาในการทำงานกับพักผ่อนให้เหมาะสม จัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจในแต่ละวัน					
36. เมื่อเกิดปัญหาฉันจะคิดหาทางควบคุมสถานการณ์ให้ได้					

2. แบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการเปลี่ยนแปลง ความเชื่อ ความคิดและการกระทำหรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุดเพียงข้อเดียว และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	ระดับความจริงที่ปรากฏกับฉัน				
	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
	1	2	3	4	5
การเพิ่มความตระหนักรู้					
1. ฉันนึกถึงข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ และอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด					
2. ฉันติดตามข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ และอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ					
3. ฉันได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดีไม่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด					
การปลดปล่อยอารมณ์					
4. ฉันรู้สึกกังวลใจเมื่อนึกถึงความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดทำให้ฉันหันมาสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น					
5. คำเตือนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กระตุ้นอารมณ์ให้ฉันต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ					

ข้อคำถาม	ระดับความจริงที่ปรากฏกับฉัน				
	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
	1	2	3	4	5
6. ฉันรู้สึกกังวลถ้าจะต้องทำบอลุนหัวใจหรือผ่าตัดหัวใจ ทำให้ฉันเลือกที่จะรับประทานอาหารที่ไม่มัน ไม่เค็มและไม่หวานจัด					
7. จากการที่เห็นภาพข่าว หรือคนรอบๆตัว เป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีผลต่อความรู้สึกของฉันที่ไม่อยากป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด					
การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม					
8. ฉันเชื่อว่าโลกน่าอยู่ขึ้นอากาศจะบริสุทธิ์เมื่อคนเลิกสูบบุหรี่					
9. การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้ฉันคิดเลิกสูบบุหรี่หรือให้คนอื่นเลิกสูบบุหรี่ด้วย					
10. ฉันคิดว่าการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ					
11. ฉันพิจารณาว่าการกินอาหารมากเกินไปเป็นอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพ					
การไตร่ตรองตนเอง					
12. ฉันพอใจเมื่อฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้ถูกต้อง					
13. ฉันออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้ฉันรู้สึกสดชื่น และทำให้การเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆได้สะดวก					
14. ฉันพอใจเมื่อฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงและเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มัน ไม่เค็มและไม่หวานจัด					
15. ฉันรู้สึกหงุดหงิดกับตัวเอง เมื่อคิดถึงเวลาที่ผ่านมามา ฉันไม่ได้สนใจที่จะดูแลสุขภาพของฉันเท่าที่ควร					
การปลดปล่อยทางสังคม					
16. ในชุมชนของฉันมีพื้นที่สำหรับพักผ่อนหรือทำกิจกรรมสันทนาการร่วมกันอย่างพอเพียงต่อคนในชุมชน					

ข้อคำถาม	ระดับความจริงที่ปรากฏกับฉัน				
	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริง	จริงมาก	จริงมากที่สุด
	1	2	3	4	5
17. ในชุมชนของฉันมีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สะดวกเข้าถึงได้ง่าย					
18. ในชุมชน หน่วยงานจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเพื่อช่วยสนับสนุนให้ฉันมีสุขภาพดี					
การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม					
19. ฉันเลือกออกกำลังกาย ท่องเที่ยว หรือเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแทนการหมกหมุ่นอยู่กับสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด					
20. เมื่อฉันกำลังจะละเลยการออกกำลังกาย ฉันต้องคิดถึงการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และไม่เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว					
21. แม้ฉันจะกินอาหารในปริมาณมาก แต่ก็ออกกำลังกายตามหลักที่ถูกต้องเช่นกัน					
22. แม้ฉันไม่ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี แต่ฉันหมั่นสังเกตตัวเองถึงความผิดปกติของร่างกาย					
สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล					
23. ฉันสามารถพูดคุย เปิดเผยเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเป็นโรคหัวใจขาดเลือดให้กับคนใกล้ชิดรับฟังได้					
24. เมื่อฉันมีปัญหาสุขภาพ ฉันสามารถโทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้จากบุคลากรทีมสุขภาพ หรือโทรสายด่วนสุขภาพ 1669					
25. ฉันมีคนที่พึ่งพาได้เมื่อฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมต่างๆ แล้วรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ					
26. ฉันมีสมาชิกในครอบครัวที่จัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับฉัน					
การให้การเสริมแรง					
27. ฉันได้รับรางวัลจากสมาชิกในครอบครัว เมื่อฉันมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น					

ข้อคำถาม	ระดับความจริงที่ปรากฏกับฉัน				
	ไม่จริง	จริง บ้าง	จริง	จริง มาก	จริงมาก ที่สุด
	1	2	3	4	5
28. ฉันคาดหวังว่าจะได้รางวัลจากใครสักคน เมื่อฉันออกกำลังกายเป็นประจำ					
29. ฉันให้รางวัลกับตัวเองเมื่อฉันสามารถควบคุม น้ำหนักได้					
30. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อฉัน เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกต้องโรคที่เป็นอยู่					
ความมีอิสระในตนเอง					
31. ฉันบอกกับตัวเองว่าฉันต้องพยายามอย่างหนัก ที่จะควบคุมในการรับประทานอาหารที่ไม่มัน ไม่เค็ม และไม่หวานจัด ให้ได้					
32. ฉันบอกกับตัวเองว่าฉันสามารถออกกำลังกาย ได้สม่ำเสมอ ตามที่ฉันต้องการ					
การควบคุมสิ่งเร้า					
33. ถึงแม้ในเซตชุมชนของฉันจะมีแต่อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มาขายแต่ฉันก็จะเลือกซื้อ หรือทำเองเฉพาะ อาหารที่ดีต่อสุขภาพ					
34. ฉันเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพในปริมาณที่เพียงพอ รับประทานในแต่ละมื้อ เพื่อไม่ให้ฉันกินอาหารมากเกินไป					

3. แบบวัดอิทธิพลทางความคิด

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้หรือความรู้สึกนึกคิดต่อการกระทำกิจกรรมและต่อภาวะการณ์ สิ่งแวดล้อมรอบตัว ที่ส่งผลต่อปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเพียงข้อเดียว และ โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้				
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย มากที่สุด
	1	2	3	4	5
การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ					
1. การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอดทุกชนิด เครื่องในสัตว์ จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้					
2. การรับประทานอาหารประเภทที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สด ได้ทุกมื้ออาหาร ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก ท้องไม่ผูก					
3. การออกกำลังกายเป็นประจำ หรือการทำกิจกรรม ยามว่าง ทำให้ให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สดชื่นและผ่อนคลายเครียด					
4. ออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ นานติดต่อกัน ครึ่ง ละเอียดอย่างน้อย 30 นาที ช่วยลดและชะลอการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
5. การหาความรู้ด้านสุขภาพ จากการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพ จากบุคลากรที่มสุขภาพทำให้ฉันได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด					
6. การทำงานอดิเรก หรือหาเวลาผ่อนคลาย ด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง และไปหาเพื่อนๆ ในกลุ่ม เป็นวิธีที่ทำให้ฉันได้ผ่อนคลายความเครียด					
การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ					
7. การลดอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และไม่มีเวลาสำหรับฉัน					
8. ฉันไม่ออกไปออกกำลังกายหรือไปทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนเพราะสุขภาพที่เสื่อมตามวัย					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้				
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย มากที่สุด
	1	2	3	4	5
9. ฉันไม่อยากไปออกกำลังกายเพราะกังวลเรื่องความปลอดภัยหรือความไม่สะดวก					
10. ฉันไม่ไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล เพราะไม่มีเวลา และเสียเวลาในการต่อคิวที่นาน					
11. ฉันมีโอกาสที่จะได้พบปะญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นน้อยลง เพราะไม่สะดวกต้องให้นุตรหลานพาไป					
12. การนั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับฉัน					
13. เมื่อมีปัญหาสุขภาพ หรือเจ็บป่วย ทำให้ฉันรู้สึกท้อแท้กับปัญหาด้านสุขภาพ เก่งกว่าจะเป็นภาระของบุตรหลาน					
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ระดับความมั่นใจ				
	ไม่มั่นใจ เลย	มั่นใจ น้อย	มั่นใจ	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มากที่สุด
	1	2	3	4	5
14. ฉันมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็ม แม้ต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน					
15. ฉันมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและโรคที่เป็นอยู่					
16. ฉันมั่นใจว่าสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองเช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ใจสั่นเต้นเร็ว เป็นลม หน้ามืด					
17. ฉันมั่นใจที่จะพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน					
18. ฉันมั่นใจที่จะแสวงหาและดูแลสุขภาพของตนเอง แม้อยู่ ในภาวะเจ็บป่วย					
19. ฉันมีวิธีผ่อนคลายและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่แออัดขนาดไหนก็ตาม					

4. แบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ความคาดหวัง และความผูกพันมากที่สุดเพียงข้อเดียว และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึกไว้วางใจ				
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย มากที่สุด
	1	2	3	4	5
1. เมื่อฉันมีปัญหาในการดูแลสุขภาพ ฉันคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะให้คำแนะนำและช่วยเหลือได้					
2. เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ มีความเอาใจใส่ใจกระตือรือร้นที่จะให้บริการแก่ฉันเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ / ผู้รับบริการคนอื่น ๆ					
3. ทุกครั้งที่ฉันมารับบริการสุขภาพ แพทย์และพยาบาล จะให้ข้อมูลการรักษาที่เป็นจริงทั้งในด้านบวกและด้านลบ ทำให้ฉันมีโอกาสร่วมตัดสินใจในการรักษา					
4. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ฉันสามารถพูดคุยปรึกษากับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้อย่างสบายใจ					
5. ฉันเชื่อว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ให้บริการตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาล					
6. ฉันเชื่อถือและไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ที่ดูแลรักษาฉันอย่างมาก ฉันพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเขา					
7. เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ฉัน มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ					
8. ฉันไว้วางใจในการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการให้บริการสุขภาพ					
9. ฉันไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้บริการจะรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของฉัน					

5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้ในการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเพียงข้อเดียว และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ในการสนับสนุน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1	2	3	4	5
การสนับสนุนจากครอบครัว					
1. ฉันได้รับคำชมหรือกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวเมื่อฉันสามารถดูแลตัวเองสุขภาพได้ดี หรือ ควบคุมไม่ให้โรคกำเริบขึ้น					
2. เมื่อฉันมีความกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันสามารถปรึกษาหรือระบายความรู้สึก และได้รับการดูแลห่วงใยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากสมาชิกในครอบครัว					
3. สมาชิกในครอบครัวค้นหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ เอกสารแผ่นพับ นิตยสาร โทรทัศน์ มาบอกฉัน					
4. สมาชิกในครอบครัวตั้งเตือนเมื่อฉันปฏิบัติหน้าที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉัน เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และออกกำลังกายหักโหม เป็นต้น					
5. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการพาฉันไปตรวจตามนัด หรือเมื่อฉันมีปัญหาด้านสุขภาพ					
6. ฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การจัดหาอาหาร และสิ่งของเครื่องใช้ จากบุคคลในครอบครัว					
การสนับสนุนจากชุมชน					
7. เมื่อฉันมีความกังวลหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนๆ ในชุมชนจะคอยแสดงความห่วงใยและสอบถามทุกข์สุข					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ในการสนับสนุน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1	2	3	4	5
8. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากเพื่อนบ้าน และจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน					
9. ฉันมักมีโอกาสดำเนินปะเพื่อน ๆ ในชุมชนและได้แลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง					
10. ฉันได้รับสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมหมู่บ้าน ชมรมอสม. หรือ เทศบาล เป็นต้น					
11. เมื่อฉันเจ็บป่วย ฉันสามารถไปขอความช่วยเหลือจากชมรมอาสาสมัครหมู่บ้าน กองทุนหมู่บ้าน เทศบาล หรือ โทรสายด่วนสุขภาพ 1669 เป็นต้น					
การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ					
12. เมื่อฉันมีความกังวลหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับสุขภาพ ฉันได้รับการดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทรจากบุคลากรในทีมสุขภาพ					
13. เมื่อฉันไปพบแพทย์ตามนัด ฉันจะได้รับคำแนะนำ และ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น เอกสารแผ่นพับ จากบุคลากรในทีมสุขภาพ					
14. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ฉันสามารถสอบถามจากแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้					
15. บุคลากรในทีมสุขภาพ มีความใส่ใจที่จะให้ความช่วยเหลือ แนะนำสถานที่จุดให้บริการต่างๆ ในโรงพยาบาลเมื่อฉันสงสัยหรือไม่เข้าใจ					
16. ฉันได้รับความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเข้าห้องตรวจพบแพทย์ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล					

เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 2: การวิจัยเชิงคุณภาพ

เรื่อง : รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

วัตถุประสงค์

ค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. บุคลากรทีมสุขภาพ เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 4 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 คน รวมผู้ให้ข้อมูล จำนวน 6 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว มีความยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นผู้คัดเลือกมาให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 3 คน และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 3 คน รวมผู้ให้ข้อมูล จำนวน 6 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัวมีความยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

แนวคำถามแบบสัมภาษณ์สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ

วัตถุประสงค์	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นที่จะถาม	ตัวอย่างแนวคำถามพร้อมใช้
ค้นหาแนวทาง การส่งเสริม สุขภาพเพื่อ ป้องกันภาวะ หัวใจขาดเลือด ของผู้สูงอายุใน ชุมชนเขตเมือง	- กระบวนการ สู่การเปลี่ยนแปลง - พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ	1. กระบวนการ สู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมมีผลต่อ การส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพ อย่างไร	1.1 จากข้อค้นพบเชิงปริมาณ ระบุว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมมีผลต่อการส่งเสริม สุขภาพ ถ้าจะทำให้ผู้สูงอายุ ที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือด มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด เกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการ หนึ่งสาเหตุที่สำคัญคือ ขั้นตอน การเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ ต้องรู้วิธีหรือกิจกรรมการเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้สูงอายุ (ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องโภชนาการ ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ความสัมพันธ์ กับบุคคล หรือการพัฒนาจิต วิญญาณ) จึงขอให้ท่านช่วยเล่า ให้ฟังว่าวิธีการหรือกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยง ต่อภาวะหัวใจขาดเลือดมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ อย่างไร 1.1.1 จากประสบการณ์ ของท่านในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ป่วยที่เป็น โรคหัวใจขาดเลือด ท่านจะแนะนำ มีวิธีการ หรือเทคนิคที่หลากหลาย

วัตถุประสงค์	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นที่จะถาม	ตัวอย่างแนวคำถามพร้อมใช้
			ให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้หันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นได้อย่างไร 1.1.2 ท่านจะแนะนำ มีวิธีการหรือเทคนิคอะไรบ้างให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้หันมาประเมินภาวะสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดได้อย่างไร 1.1.3 ท่านมีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้หาทางเลือกอื่นทดแทนเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อย่างไร 1.1.4 ท่านมีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน หรือบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างไร 1.1.5 ท่านมีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ได้ในสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัว 1.1.6 ท่านมีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ค้นพบและแก้ปัญหาในการที่จะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นที่จะถาม	ตัวอย่างแนวคำถามพร้อมใช้
	- การสนับสนุนทางสังคม - พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุอย่างไร	2.1 จากข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากคนรอบข้างมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ขอให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังว่า ใครมีส่วนสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดบ้าง และบุคคลเหล่านั้นมีส่วนสนับสนุนอะไรบ้าง จากการสนับสนุนจากครอบครัว จากการสนับสนุนจากชุมชน จากการสนับสนุนในทีมสุขภาพ

แนวคำถามแบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นที่จะถาม	ตัวอย่างแนวคำถามพร้อมใช้
ค้นหาแนวทาง การส่งเสริม สุขภาพเพื่อ ป้องกันภาวะ หัวใจขาดเลือด ของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขต เมือง	- กระบวนการสู่ การเปลี่ยนแปลง - พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ	1. กระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีผลต่อการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ อย่างไร	1.1 จากข้อค้นพบเชิงปริมาณ ระบุว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมมีผลต่อการส่งเสริม สุขภาพ ถ้าจะทำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยง ต่อภาวะหัวใจขาดเลือดมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อ ป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด เกี่ยวข้องกับสาเหตุหลายประการ หนึ่งสาเหตุที่สำคัญคือ ขั้นตอน การเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ ต้องรู้วิธีหรือกิจกรรมการเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้สูงอายุ (ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ความสัมพันธ์กับบุคคล หรือ การพัฒนาจิตวิญญาณ) จึงขอให้ ท่านช่วยเล่าให้ฟังว่าวิธีการหรือ กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ที่จะช่วยให้ ท่านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้อย่างไร 1.1.1 จากประสบการณ์ของ ท่าน ท่านจะแนะนำ มีวิธีการ หรือเทคนิคที่หลากหลายที่ทำให้ ท่านดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นได้ อย่างไร

วัตถุประสงค์	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นที่จะถาม	ตัวอย่างแนวคำถามพร้อมใช้
			1.1.2 ท่านจะแนะนำ มีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ท่านสามารถประเมินภาวะสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดได้อย่างไร 1.1.3 ท่านมีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ท่านได้หาทางเลือกอื่นทดแทนเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อย่างไร 1.1.4 ท่านมีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ท่านได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน หรือบุคลากรทีมสุขภาพ ได้อย่างไร 1.1.5 ท่านมีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ได้ในสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัว 1.1.6 ท่านมีวิธีการ หรือเทคนิคอะไรบ้างที่ทำให้ท่านได้ค้นพบ และแก้ปัญหาในการที่จะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	ประเด็นที่จะถาม	ตัวอย่างแนวคำถามพร้อมใช้
	- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ - การสนับสนุนทางสังคม	2. การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุอย่างไร	2.1 จากข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ให้ท่านช่วยเล่าให้ฟังใครมีส่วนสนับสนุนคอยช่วยเหลือ ให้ท่านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดบ้าง และบุคคลเหล่านั้นมีส่วนสนับสนุนอะไรบ้าง จากการสนับสนุนจากครอบครัว จากการสนับสนุนจากชุมชน จากการสนับสนุนในที่มสุขภาพ

ภาคผนวก ค

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเมื่อตัดข้อคำถามออก (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

	ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	ฉันเลี้ยงที่จะการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน สัตว์ปีก ขาหมู ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง	0.306	0.930
2	ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิหรือน้ำมันในปริมาณมาก เช่น ก๋วยเตี๋ยวผัด แกงเขียวหวาน มัสมั่น และอาหารอื่นๆ	0.311	0.928
3	ฉันรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ส้ม ชมพู ฝรั่ง มะละกอ แอปเปิ้ล แก้วมังกร	0.312	0.928
4	ฉันดื่มน้ำชา กาแฟที่ใส่น้ำตาล น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลังชนิดต่างๆ เช่น กระทิงแดง ลิโพ	0.313	0.928
5	ฉันใส่ผงชูรส หรือผงปรุงรส เช่น รสดี คนอร์ เพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหาร	0.307	0.928
6	ฉันเริ่มออกกำลังกายเบาๆ ก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น และจะค่อยๆ ลดการออกกำลังกายลง โดยไม่หยุดทันทีเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกาย	0.524	0.925
7	ฉันออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20-30 นาที หรือมากกว่านั้น เช่น การเดินเร็ว หรือ ปั่นจักรยาน	0.526	0.925
8	ฉันเดินขึ้นลงบันได หรือ เดิน หรือ ปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์ในระยะทางที่ไม่ไกล	0.465	0.926
9	ฉันเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวัน เช่น กวาดบ้าน ซักผ้า ทำสวน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น	0.466	0.926
10	ฉันออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เดินแกว่งแขน กายบริหาร แอโรบิคหรือออกกำลังกายอื่นๆ	0.557	0.925
11	ขณะออกกำลังกายฉันสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง เช่น อาการหน้ามืด เป็นลม เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น	0.302	0.929

ตาราง 1 (ต่อ)

	ข้อคำถาม	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
12	ฉันหมั่นเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.650	0.924
13	เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพฉันจะสอบถามหรือรับข้อมูลการรักษาเบื้องต้น	0.600	0.924
14	ฉันหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูข่าว เข้าอบรมความรู้ทางสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.592	0.924
15	ฉันปฏิบัติตามที่บุคลากรสุขภาพมาให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.586	0.925
16	ฉันพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือซักถามกับผู้ที่มีความรู้ในด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.579	0.925
17	เมื่อฉันรู้สึกที่ไม่สบายใจหรือกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉันจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว	0.412	0.927
18	ฉันติดต่อพูดคุย หรือเยี่ยมเยียนลูกหลาน /ญาติ / คนในชุมชน	0.514	0.925
19	ฉันมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในครอบครัวและชุมชน	0.574	0.925
20	ฉันยอมรับความคิดเห็นและการกระทำต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน	0.584	0.925
21	ฉันให้ความช่วยเหลือญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดทุกครั้งเมื่อเขาต้องการ	0.558	0.925
22	ฉันพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง	0.556	0.925
23	ฉันเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจกับคนในครอบครัว	0.623	0.924
24	ฉันพยายามให้กำลังใจตัวเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงและมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น	0.578	0.925
25	ฉันเตรียมพร้อมที่อาจจะพบความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในอนาคต	0.550	0.925

ตาราง 1 (ต่อ)

	ข้อคำถาม	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
26	ฉันตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีกิจกรรมทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น	0.597	0.924
27	ฉันเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบประสบการณ์ที่ใหม่ ๆ และท้าทาย	0.556	0.925
28	ฉันจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ให้น่าดู น่าอยู่ เพื่อสุขภาพที่ดีของฉัน	0.626	0.924
29	ฉันดูแลตนเองให้คงมีสุขภาพที่ดีเพื่อจะได้ไม่เป็นภาระต่อลูกหลาน	0.610	0.925
30	ฉันสวดมนต์ ทำสมาธิและคิดทบทวนสิ่งที่ตนเองได้กระทำผ่านมา	0.529	0.925
31	ฉันใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเอง เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับผู้อื่น	0.531	0.925
32	ฉันผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำ หรือหาเวลาผ่อนคลายด้วยการ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ	0.414	0.926
33	เมื่อฉันไม่สบายใจหรือมีความเครียด ฉันจะพยายามทบทวนหาสาเหตุและหาวิธีแก้ไขให้ดีขึ้น	0.535	0.925
34	ฉันร่วมสนทนากับกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ เพื่อการสังสรรค์ เพลิดเพลิน	0.515	0.925
35	ฉันแบ่งเวลาในการทำงานกับพักผ่อนให้เหมาะสม จัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจในแต่ละวัน	0.602	0.924
36	เมื่อเกิดปัญหาฉันจะคิดหาทางควบคุมสถานการณ์ให้ได้	0.540	0.925

ตาราง 2 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบ	ข้อความ		ค่าความเชื่อมั่น (α)	จำนวนข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
โภชนาการ	ข้อ 1, 3	ข้อ 2, 4, 5	0.469	5
กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ข้อ 6, 7, 8, 9, 10, 11	-	0.789	6
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ข้อ 12, 13, 14, 15, 16	-	0.876	5
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	ข้อ 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	-	0.868	7
การเจริญทางจิตวิญญาณ	ข้อ 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30	-	0.849	7
การเจริญทางจิตวิญญาณ	ข้อ 31, 32, 33, 34, 35, 36	-	0.811	6
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ			0.928	36

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเมื่อตัดข้อคำถามออก (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของแบบวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

	ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	ฉันนึกถึงข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์วิทยุ แผ่นพับ และอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.445	0.944
2	ฉันติดตามข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์วิทยุ แผ่นพับ และอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	0.511	0.943
3	ฉันได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดีไม่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	0.531	0.943
4	ฉันรู้สึกกังวลใจเมื่อนึกถึงความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดทำให้ฉันหันมาสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น	0.607	0.943
5	คำเตือนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กระตุ้นอารมณ์ให้ฉันต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	0.637	0.942
6	ฉันรู้สึกกังวลถ้าจะต้องทำบอลลูนหัวใจหรือผ่าตัดหัวใจ ทำให้ฉันเลือกที่จะรับประทานอาหารที่ไม่มัน ไม่เค็มและไม่หวานจัด	0.560	0.943
7	จากการที่เห็นภาพข่าว หรือคนรอบๆตัว เป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีผลต่อความรู้สึกของฉันที่ไม่อยากป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด	0.578	0.943
8	ฉันเชื่อว่าโลกน่าอยู่ขึ้นอากาศจะบริสุทธิ์เมื่อคนเลิกสูบบุหรี่	0.506	0.943
9	การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้ฉันคิดเลิกสูบบุหรี่หรือให้คนอื่นเลิกสูบบุหรี่ด้วย	0.514	0.943
10	ฉันคิดว่าการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ	0.567	0.943
11	ฉันพิจารณาว่าการกินอาหารมากเกินไปเป็นอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพ	0.586	0.943
12	ฉันพอใจเมื่อฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้ถูกต้อง	0.677	0.942
13	ฉันออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้ฉันรู้สึกสดชื่น และทำให้การเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่างๆได้สะดวก	0.690	0.942

ตาราง 3 (ต่อ)

	ข้อคำถาม	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
14	ฉันพอใจเมื่อฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงและเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มัน ไม่เค็มและไม่หวานจัด	0.622	0.942
15	ฉันรู้สึกหงุดหงิดกับตัวเอง เมื่อคิดถึงเวลาที่ผ่านมามีฉันไม่ได้สนใจที่จะดูแลสุขภาพของฉันเท่าที่ควร	0.421	0.944
16	ในชุมชนของฉันมีพื้นที่สำหรับพักผ่อนหรือทำกิจกรรมสันทนาการร่วมกันอย่างพอเพียงต่อคนในชุมชน	0.521	0.943
17	ในชุมชนของฉันมีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ที่สะดวกเข้าถึงได้ง่าย	0.437	0.944
18	ในชุมชน หน่วยงานจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเพื่อช่วยสนับสนุนให้ฉันมีสุขภาพดี	0.472	0.944
19	ฉันเลือกออกกำลังกาย ท่องเที่ยว หรือเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อผ่อนคลายความเครียดแทนการหมกหมุ่นอยู่กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด	0.594	0.943
20	เมื่อฉันกำลังจะละเลยการออกกำลังกาย ฉันต้องคิดถึงการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และไม่เป็นการต่อสมาชิกในครอบครัว	0.610	0.942
21	แม้ฉันจะกินอาหารในปริมาณมาก แต่ก็ออกกำลังกายตามหลักที่ถูกต้องเช่นกัน	0.594	0.943
22	แม้ฉันไม่ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี แต่ฉันหมั่นสังเกตตัวเองถึงความผิดปกติของร่างกาย	0.585	0.943
23	ฉันสามารถพูดคุย เปิดเผยเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเป็นโรคหัวใจขาดเลือดให้กับคนใกล้ชิดรับฟังได้	0.603	0.943
24	เมื่อฉันมีปัญหาสุขภาพ ฉันสามารถโทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้จากบุคลากรทีมสุขภาพ หรือโทรสายด่วนสุขภาพ 1669	0.604	0.943
25	ฉันมีคนที่จะพึ่งพาได้เมื่อฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมต่างๆ แล้วรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ	0.562	0.943
26	ฉันมีสมาชิกในครอบครัวที่จัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมกับฉัน	0.512	0.943
27	ฉันได้รับรางวัลจากสมาชิกในครอบครัว เมื่อฉันมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น	0.513	0.943

ตาราง 3 (ต่อ)

	ข้อคำถาม	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
28	ฉันคาดหวังว่าจะได้รางวัลจากใครสักคน เมื่อฉันออกกำลังกายเป็นประจำ	0.401	0.944
29	ฉันให้รางวัลกับตัวเองเมื่อฉันสามารถควบคุมน้ำหนักได้	0.570	0.943
30	สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อฉันเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกต้องโรคที่เป็นอยู่	0.635	0.942
31	ฉันบอกกับตัวเองว่าฉันต้องพยายามอย่างหนักที่จะควบคุมในการรับประทานอาหารที่ไม่มัน ไม่เค็มและไม่หวานจัด ให้ได้	0.640	0.942
32	ฉันบอกกับตัวเองว่าฉันสามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอตามที่ฉันต้องการ	0.652	0.942
33	ถึงแม้ในเขตชุมชนของฉันจะมีแต่อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มาขายแต่ฉันก็จะเลือกซื้อ หรือทำเองเฉพาะอาหารที่ดีต่อสุขภาพ	0.587	0.943
34	ฉันเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพในปริมาณที่เพียงพอรับประทานในแต่ละมื้อ เพื่อไม่ให้ฉันกินอาหารมากเกินไป	.614	0.942

ตาราง 4 จำนวนข้อและความเชื่อมั่นของแบบวัดวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

องค์ประกอบ	ข้อความ		ค่าความเชื่อมั่น (α)	จำนวนข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
การเพิ่มความตระหนักรู้	ข้อ 1, 2, 3	-	0.788	3
การปลดปล่อยอารมณ์	ข้อ 4, 5, 6, 7	-	0.886	4
การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม	ข้อ 8, 9, 10, 11	-	0.824	4
การไตร่ตรองตนเอง	ข้อ 12, 13, 14, 15	-	0.803	4
การปลดปล่อยทางสังคม	ข้อ 16, 17, 18	-	0.803	3
การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม	ข้อ 19, 20, 21, 22	-	0.791	4

ตาราง 4 (ต่อ)

องค์ประกอบ	ข้อความ		ค่าความเชื่อมั่น (α)	จำนวนข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล	ข้อ 23, 24, 25, 26	-	0.791	4
การให้การเสริมแรง	ข้อ 27, 28, 29, 30	-	0.788	4
ความมีอิสระในตนเอง	ข้อ 31, 32	-	0.744	2
การควบคุมสิ่งเร้า	ข้อ 33, 34,	-	0.739	2
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ			0.944	34

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเมื่อตัดข้อคำถามออก (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของแบบวัดอิทธิพลทางความคิด

ข้อคำถาม		Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอดทุกชนิด เครื่องในสัตว์ จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	0.302	0.715
2	การรับประทานอาหารประเภทมีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สด ได้ทุกมื้ออาหาร ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก ท้องไม่ผูก	0.303	0.711
3	การออกกำลังกายเป็นประจำ หรือการทำกิจกรรมยามว่าง ทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สดชื่นและผ่อนคลายเครียด	0.300	0.712
4	ออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ นานติดต่อกัน ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที ช่วยลดและชะลอการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	0.327	0.709
5	การหาความรู้ด้านสุขภาพ จากการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพจากบุคลากรที่มีสุขภาพทำให้ฉันได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.323	0.710
6	การทำงานอดิเรก หรือหาเวลาผ่อนคลาย ด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง และไปหาเพื่อนๆ ในกลุ่ม เป็นวิธีที่ทำให้ฉันได้ผ่อนคลายความเครียด	0.303	0.713

ตาราง 5 (ต่อ)

	ข้อคำถาม	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
7	การลดอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และไม่มีเวลา สำหรับฉัน	0.311	0.718
8	ฉันไม่อยากไปออกกำลังกาย หรือไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนเพราะสุขภาพที่เสื่อมตามวัย	0.312	0.717
9	ฉันไม่อยากไปออกกำลังกายเพราะกังวลเรื่องความปลอดภัย หรือความไม่สะดวก	0.308	0.711
10	ฉันไม่ไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล เพราะไม่มีเวลา และเสียเวลาในการต่อคิวที่นาน	0.311	0.720
11	ฉันมีโอกาสที่จะได้พบปะญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นน้อยลง เพราะไม่สะดวกต้องให้บุตรหลานพาไป	0.301	0.724
12	การนั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับฉัน	0.320	0.719
13	เมื่อมีปัญหาสุขภาพ หรือเจ็บป่วย ทำให้ฉันรู้สึกท้อแท้กับปัญหา ด้านสุขภาพ เก่งกว่าจะเป็นภาระของบุตรหลาน	0.318	0.723
14	ฉันมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มันและเค็ม แม้ต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน	0.378	0.702
15	ฉันมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพ ร่างกายและโรคที่เป็นอยู่	0.414	0.699
16	ฉันมั่นใจว่าสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ใจสั่นเต้นเร็ว เป็นลม หน้ามืด	0.416	0.699
17	ฉันมั่นใจที่จะพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน	0.446	0.697
18	ฉันมั่นใจที่จะแสวงหาและดูแลสุขภาพของตนเอง แม้อยู่ ในภาวะเจ็บป่วย	0.453	0.696
19	ฉันมีวิธีผ่อนคลายและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่แยขนาดไหนก็ตาม	0.430	0.698

ตาราง 6 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอิทธิพลทางความคิด

องค์ประกอบ	ข้อความ		ค่าความเชื่อมั่น (α)	จำนวน ข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ	ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6	-	0.855	6
การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ	-	ข้อ 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	0.838	7
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ข้อ 14, 15, 16, 17, 18,19	-	0.891	6
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ			0.721	19

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเมื่อตัดข้อคำถามออก (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของแบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

ข้อคำถาม		Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	เมื่อฉันมีปัญหาในการดูแลสุขภาพ ฉันคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะให้คำแนะนำและช่วยเหลือได้	0.581	0.911
2	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ มีความเอื้ออาทร ใส่ใจ กระตือรือร้นที่จะให้บริการแก่ฉันเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนอื่นๆ / ผู้รับบริการคนอื่นๆ	0.730	0.901
3	ทุกครั้งที่ฉันมารับบริการสุขภาพ แพทย์และพยาบาล จะให้ข้อมูลการรักษาที่เป็นจริงทั้งในด้านบวกและด้านลบ ทำให้ฉันมีโอกาสร่วมตัดสินใจในการรักษา	0.656	0.906
4	เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ฉันสามารถพูดคุยปรึกษากับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้อย่างสบายใจ	0.732	0.901
5	ฉันเชื่อว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ให้บริการตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาล	0.754	0.899
6	ฉันเชื่อถือและไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาฉันอย่างมาก ฉันพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเขา	0.728	0.901

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อคำถาม		Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
7	เจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพที่ให้อ้อมูลและคำแนะนำแก่ฉัน มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	0.653	0.906
8	ฉันไว้วางใจในการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพในการให้บริการสุขภาพ	0.733	0.901
9	ฉันไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพที่ให้บริการ จะรักษาความลับเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของฉัน	0.722	0.901

ตาราง 8 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

องค์ประกอบ	ข้อความ		ค่าความเชื่อมั่น (α)	จำนวน ข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ	ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	-	0.913	9
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ			0.913	9

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเมื่อตัดข้อคำถามออก (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

	ข้อคำถาม	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	ฉันได้รับคำชมหรือกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวเมื่อฉันสามารถดูแลตัวเองสุขภาพได้ดี หรือ ควบคุมไม่ให้โรคกำเริบขึ้น	0.573	0.915
2	เมื่อฉันมีความกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันสามารถปรึกษาหรือระบายความรู้สึก และได้รับการดูแลห่วงใยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากสมาชิกในครอบครัว	0.563	0.916
3	สมาชิกในครอบครัวค้นหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ เอกสารแผ่นพับ นิตยสาร โทรทัศน์ มาบอกฉัน	0.585	0.915
4	สมาชิกในครอบครัวดักเตือนเมื่อฉันปฏิบัติหน้าที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉัน เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และออกกำลังกายหักโหม เป็นต้น	0.576	0.915
5	สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการพาฉันไปตรวจตามนัด หรือเมื่อฉันมีปัญหาด้านสุขภาพ	0.606	0.914
6	ฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การจัดหาอาหาร และสิ่งของเครื่องใช้ จากบุคคลในครอบครัว	0.585	0.915
7	เมื่อฉันมีความกังวลหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อนๆ ในชุมชนจะคอยแสดงความห่วงใยและสอบถามทุกข์สุข	0.652	0.913
8	ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากเพื่อนบ้าน และจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	0.648	0.913
9	ฉันมักมีโอกาสดูแลเพื่อนในชุมชนและได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง	0.636	0.914
10	ฉันได้รับสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมหมู่บ้าน ชมรมอสม. หรือ เทศบาล เป็นต้น	0.648	0.913

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อคำถาม		Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
11	เมื่อฉันเจ็บป่วย ฉันสามารถไปขอความช่วยเหลือจากชมรมอาสาสมัครหมู่บ้าน กองทุนหมู่บ้าน เทศบาล หรือ โทรสายด่วนสุขภาพ 1669 เป็นต้น	0.636	0.914
12	เมื่อฉันมีความกังวลหรือไม่สบายใจเกี่ยวกับสุขภาพ ฉันได้รับการดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทรจากบุคลากรในทีมสุขภาพ	0.654	0.913
13	เมื่อฉันไปพบแพทย์ตามนัด ฉันจะได้รับคำแนะนำ และ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น เอกสารแผ่นพับ จากบุคลากรในทีมสุขภาพ	0.625	0.914
14	เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ฉันสามารถสอบถามจากแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้	0.663	0.913
15	บุคลากรในทีมสุขภาพ มีความใส่ใจที่จะให้ความช่วยเหลือ แนะนำสถานที่จุดให้บริการต่างๆ ในโรงพยาบาลเมื่อฉันสงสัยหรือไม่เข้าใจ	0.633	0.914
16	ฉันได้รับความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเข้าห้องตรวจพบแพทย์ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล	0.613	0.914

ตาราง 10 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบ	ข้อความ		ค่าความเชื่อมั่น (α)	จำนวนข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
การสนับสนุนจากครอบครัว	ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6	-	0.892	6
การสนับสนุนจากชุมชน	ข้อ 7, 8, 9, 10, 11	-	0.892	5
การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ	ข้อ 12, 13, 14, 15, 16	-	0.900	5
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ			0.919	16

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

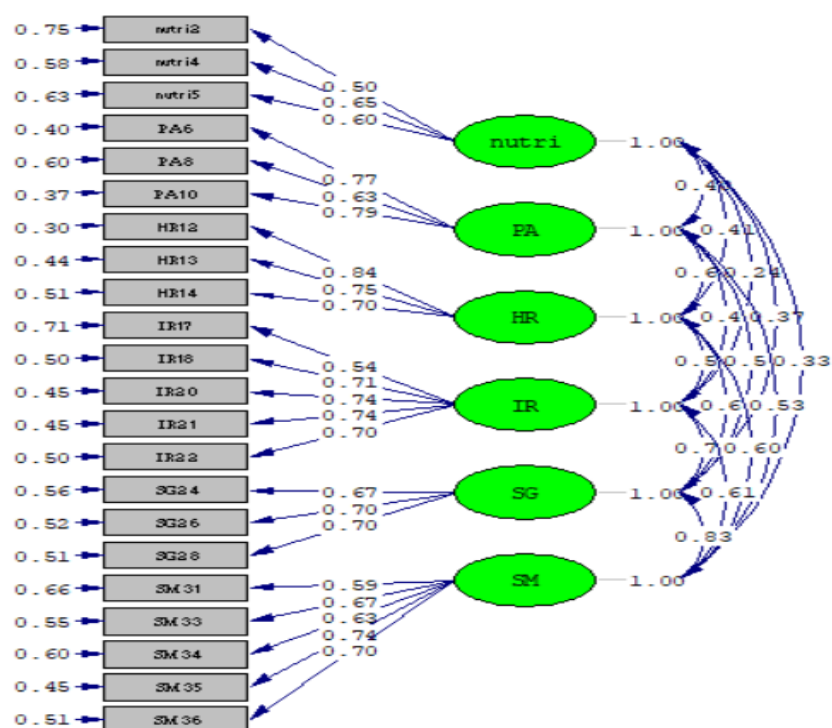
ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรสังเกต		ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
องค์ประกอบ : โภชนาการ		
2	ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิหรือน้ำมันในปริมาณมาก เช่น ก๋วยเตี๋ยวผัดแกงเขียวหวาน มัสมั่น และอาหารอื่น ๆ	0.50
4	ฉันดื่มน้ำชา กาแฟที่ใส่น้ำตาล น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลังชนิดต่าง ๆ เช่น กระทั่งแดง ลิโพ	0.65
5	ฉันใส่ผงชูรส หรือผงปรุงรส เช่น รสดี คนอร์ เพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหาร	0.60
องค์ประกอบ : กิจกรรมและการออกกำลังกาย		
6	ฉันเริ่มออกกำลังกายเบาๆ ก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น และจะค่อยๆ ลดการออกกำลังกายลงโดยไม่หยุดทันทีเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกาย	0.77
8	ฉันเดินขึ้นลงบันได หรือ เดิน หรือ ปั่นจักรยานแทนการใช้รถยนต์ในระยะทางที่ไม่ไกล	0.63
10	ฉันออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เดินแกว่งแขน ว่ายน้ำหรือออกกำลังกายอื่น ๆ	0.79
องค์ประกอบ : ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ		
12	ฉันหมั่นเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.84
13	เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพฉันจะสอบถามหรือรับข้อมูลการรักษาเบื้องต้น	0.75
14	ฉันหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูข่าว เข้าอบรมความรู้ทางสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.70
องค์ประกอบ : สัมพันธภาพระหว่างบุคคล		
17	เมื่อฉันรู้สึกไม่สบายใจหรือกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ฉันจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว	0.54
18	ฉันติดต่อพูดคุย หรือเยี่ยมเยียนลูกหลาน/ญาติ / คนในชุมชน	0.71
20	ฉันยอมรับความคิดเห็นและการกระทำต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน	0.74

ตาราง 11 (ต่อ)

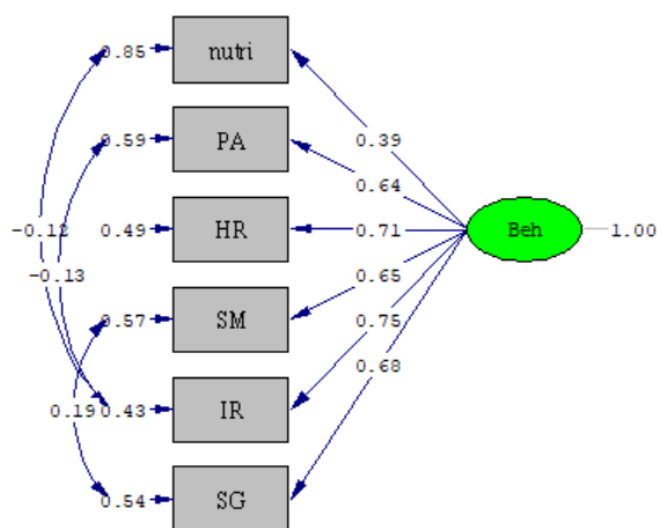
ตัวแปรสังเกต		ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
21	ฉันให้ความช่วยเหลือญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดทุกครั้งเมื่อเขาต้องการ	0.74
22	ฉันพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง	0.70
องค์ประกอบ : การเจริญทางจิตวิญญาณ		
24	ฉันพยายามให้กำลังใจตัวเองว่ามีสุขภาพแข็งแรง และมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น	0.67
26	ฉันตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีกิจกรรมทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น	0.70
28	ฉันจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ให้น่าดู น่าอยู่ เพื่อสุขภาพที่ดีของฉัน	0.70
องค์ประกอบ : การเจริญทางจิตวิญญาณ		
31	ฉันใช้วิธีการจัดการความเครียดของตัวเอง เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือพูดคุยระบายกับผู้อื่น	0.59
33	เมื่อฉันไม่สบายใจหรือมีความเครียด ฉันจะพยายามทบทวนหาสาเหตุและหาวิธีแก้ไขให้ดีขึ้น	0.67
34	ฉันร่วมสนทนากับกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ เพื่อการสังสรรค์ เพลิดเพลิน	0.63
35	ฉันแบ่งเวลาในการทำงานกับพักผ่อนให้เหมาะสม จัดเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจในแต่ละวัน	0.74
36	เมื่อเกิดปัญหาฉันจะคิดหาทางควบคุมสถานการณ์ให้ได้	0.70
$\chi^2 = 518.66$, $df = 194$, $p < 0.001$, $CFI = 0.98$, $GFI = 0.94$, $NNFI = 0.97$, $RMSEA = 0.49$, $SRMR = 0.038$		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



Chi-Square=518.66, df=194, P-value=0.00000, RMSEA=0.049

ภาพประกอบ 1 รูปแบบการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1)



Chi-Square=9.60, df=6, P-value=0.14269, RMSEA=0.029

ภาพประกอบ 2 รูปแบบการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (โมเดลองค์ประกอบรายด้าน)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

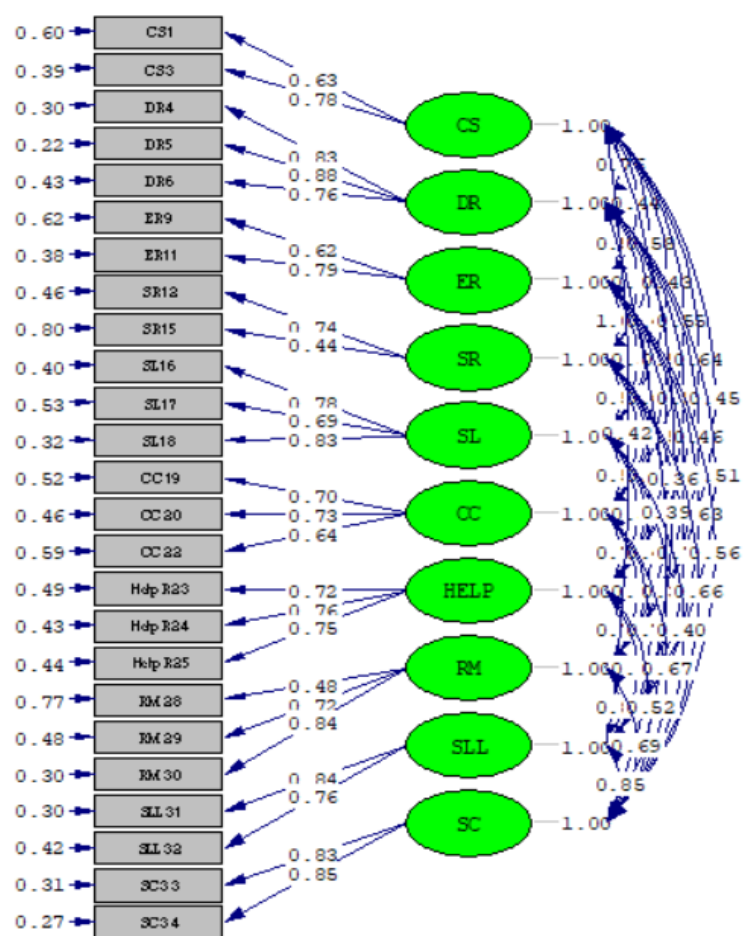
ตัวแปรสังเกต		ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
องค์ประกอบ : การเพิ่มความตระหนักรู้		
1	ฉันนึกถึงข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ และอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.63
3	ฉันได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดีไม่เป็นโรคหัวใจ ขาดเลือด	0.78
องค์ประกอบ : การปลดปล่อยอารมณ์		
4	ฉันรู้สึกกังวลใจเมื่อนึกถึงความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดทำให้ฉันหันมาสนใจดูแลสุขภาพ ตนเองมากขึ้น	0.83
5	คำเตือนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กระตุ้นอารมณ์ ให้ฉันต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ	0.88
6	ฉันรู้สึกกังวลถ้าจะต้องทำบอลลูนหัวใจหรือผ่าตัดหัวใจ ทำให้ฉันเลือกที่จะรับประทานอาหาร ที่ไม่มัน ไม่เค็มและไม่หวานจัด	0.76
องค์ประกอบ : การไตร่ตรองด้านสิ่งแวดล้อม		
9	การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้ฉันคิดเลิกสูบบุหรี่หรือให้คนอื่น เลิกสูบบุหรี่ด้วย	0.62
11	ฉันพิจารณาว่าการกินอาหารมากเกินไปเป็นอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพ	0.79
องค์ประกอบ : การไตร่ตรองตนเอง		
12	ฉันพอใจเมื่อฉันได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้ถูกต้อง	0.74
15	ฉันรู้สึกหงุดหงิดกับตัวเอง เมื่อคิดถึงเวลาที่ผ่านมามีฉันไม่ได้สนใจที่จะดูแลสุขภาพของฉัน เท่าที่ควร	0.44
องค์ประกอบ : การปลดปล่อยทางสังคม		
16	ในชุมชนของฉันมีพื้นที่สำหรับพักผ่อนหรือทำกิจกรรมสันทนาการร่วมกันอย่างพอเพียง ต่อคนในชุมชน	0.78
17	ในชุมชนของฉันมีสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ที่สะดวกเข้าถึงได้ง่าย	0.69
18	ในชุมชน หน่วยงานจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเพื่อช่วยสนับสนุนให้ฉันมีสุขภาพดี	0.83

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปรสังเกต		ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
องค์ประกอบ : การฝึกเงื่อนไขตรงข้าม		
19	ฉันเลือกออกกำลังกาย ท่องเที่ยว หรือเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเพื่อผ่อนคลาย ความเครียดแทนการหมกหมุ่นอยู่กับสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด	0.70
20	เมื่อฉันกำลังจะละเลยการออกกำลังกาย ฉันต้องคิดถึงการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และไม่ เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว	0.73
22	แม้ฉันไม่ได้ไปตรวจสุขภาพประจำปี แต่ฉันหันสังเกตตัวเองถึงความผิดปกติของร่างกาย	0.64
องค์ประกอบ : สัมพันธภาพแบบเกื้อกูล		
23	ฉันสามารถพูดคุย เปิดเผยเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเป็นโรคหัวใจขาดเลือดให้กับคน ใกล้ชิดรับฟังได้	0.72
24	เมื่อฉันมีปัญหาสุขภาพ ฉันสามารถโทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้จากบุคลากรทีมสุขภาพ หรือ โทรสายด่วนสุขภาพ 1669	0.76
25	ฉันมีคนที่จะพึ่งพาได้เมื่อฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมต่างๆ แล้ว รู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ	0.75
องค์ประกอบ : การให้การเสริมแรง		
28	ฉันคาดหวังว่าจะได้รางวัลจากใครสักคน เมื่อฉันออกกำลังกายเป็นประจำ	0.48
29	ฉันให้รางวัลกับตัวเองเมื่อฉันสามารถควบคุมน้ำหนักได้	0.72
30	สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อฉันเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมถูกต้องโรค ที่เป็นอยู่	0.84
องค์ประกอบ : ความมีอิสระในตนเอง		
31	ฉันบอกกับตัวเองว่าฉันต้องพยายามอย่างหนักที่จะควบคุมในการรับประทานอาหารที่ไม่ มัน ไม่เค็มและไม่หวานจัด ให้ได้	0.84
32	ฉันบอกกับตัวเองว่าฉันสามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ ตามที่ฉันต้องการ	0.76
องค์ประกอบ : การควบคุมสิ่งเร้า		
33	ถึงแม้ในเขตชุมชนของฉันจะมีแต่อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มาขายแต่ฉันก็จะเลือกซื้อ หรือทำเองเฉพาะอาหารที่ดีต่อสุขภาพ	0.83
34	ฉันเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพในปริมาณที่เพียงพอรับประทานในแต่ละมื้อ เพื่อไม่ให้ฉัน กินอาหารมากเกินไป	0.85

$\chi^2 = 595.95$, $df = 230$, $p < 0.001$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.94$, $NNFI = 0.98$, $RMSEA = 0.048$, $SRMR = 0.038$

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



Chi-Square=595.95, df=230, P-value=0.00000, RMSEA=0.048

ภาพประกอบ 3 รูปแบบการวัดกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลง

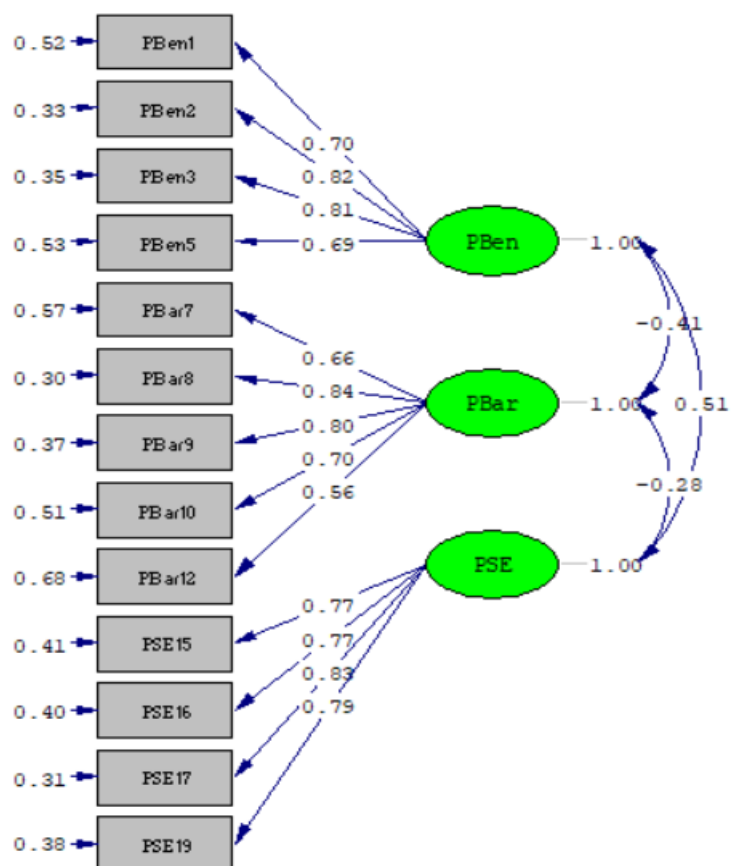
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดอิทธิพลทางความคิด

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรอิทธิพลทางความคิด

ตัวแปรสังเกต		ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
องค์ประกอบ : การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ		
1	การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอดทุกชนิด เครื่องในสัตว์ จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้	0.70
2	การรับประทานอาหารประเภทมีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สด ได้ทุกมื้ออาหาร ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก ท้องไม่ผูก	0.82
3	การออกกำลังกายเป็นประจำ หรือการทำกิจกรรมยามว่าง ทำให้ให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สดชื่นและผ่อนคลายเครียด	0.81
5	การหาความรู้ด้านสุขภาพ จากการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพจากบุคลากรที่มีสุขภาพทำให้ฉันได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	0.69
องค์ประกอบ : การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ		
7	การลดอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และไม่มีเวลาสำหรับฉัน	0.66
8	ฉันไม่ออกไปออกกำลังกาย หรือไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนเพราะสุขภาพที่เสื่อมตามวัย	0.84
9	ฉันไม่ออกไปออกกำลังกายเพราะกังวลเรื่องความปลอดภัยหรือความไม่สะดวก	0.80
10	ฉันไม่ไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล เพราะไม่มีเวลา และเสียเวลาในการต่อคิวที่นาน	0.70
12	การนั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นสิ่งที่ยุ่งยากสำหรับฉัน	0.56
องค์ประกอบ : การรับรู้ความสามารถของตนเอง		
15	ฉันมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและโรคที่เป็นอยู่	0.77
16	ฉันมั่นใจว่าสามารถสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองเช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ใจสั่นเต้นเร็ว เป็นลม หน้ามืด	0.77
17	ฉันมั่นใจที่จะพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงกับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน	0.83
19	ฉันมีวิธีผ่อนคลายและจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่แยขนาดไหนก็ตาม	0.79

$$\chi^2 = 131.49, df = 62, p < 0.001, CFI = 0.99, GFI = 0.97, NNFI = 0.99, RMSEA = 0.040, SRMR = 0.035$$

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



Chi-Square=131.49, df=62, P-value=0.00000, RMSEA=0.040

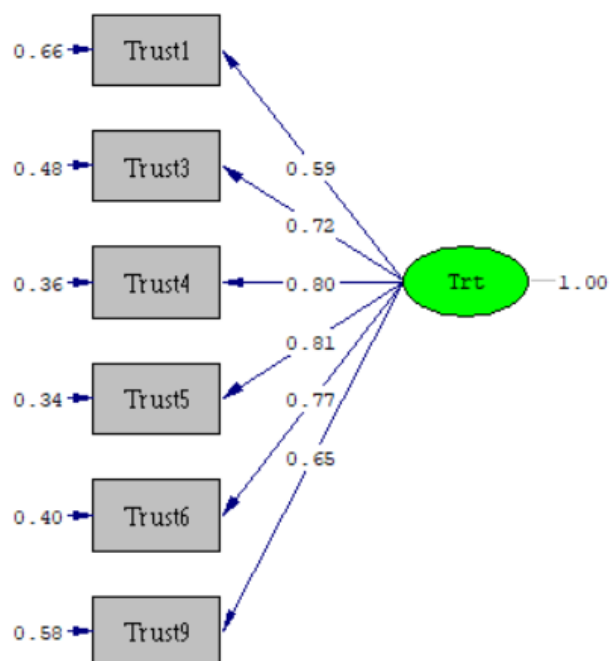
ภาพประกอบ 4 รูปแบบการวัดอิทธิพลทางความคิด

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันรูปแบบการวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรอิทธิพลทางความคิด

ตัวแปรสังเกต		ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
องค์ประกอบ : ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ		
1	เมื่อฉันมีปัญหาในการดูแลสุขภาพ ฉันคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจะให้คำแนะนำและช่วยเหลือได้	0.59
3	ทุกครั้งที่ฉันมารับบริการสุขภาพ แพทย์และพยาบาล จะให้ข้อมูลการรักษาที่เป็นจริงทั้งในด้านบวกและด้านลบ ทำให้ฉันมีโอกาสร่วมตัดสินใจในการรักษา	0.72
4	เมื่อมีปัญหาการดูแลสุขภาพ ฉันสามารถพูดคุยปรึกษากับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพได้อย่างสบายใจ	0.80
5	ฉันเชื่อว่าเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ให้บริการตามมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาล	0.81
6	ฉันเชื่อถือและไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาฉันอย่างมาก ฉันพยายามที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเขา	0.77
7	เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ฉัน มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	0.65
$\chi^2 = 23.69$, $df = 9$, $p = 0.00482$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.99$, $NNFI = 0.99$, $RMSEA = 0.049$, $RMR = 0.0078$		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



Chi-Square=23.69, df=9, P-value=0.00482, RMSEA=0.049

ภาพประกอบ 5 รูปแบบการวัดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

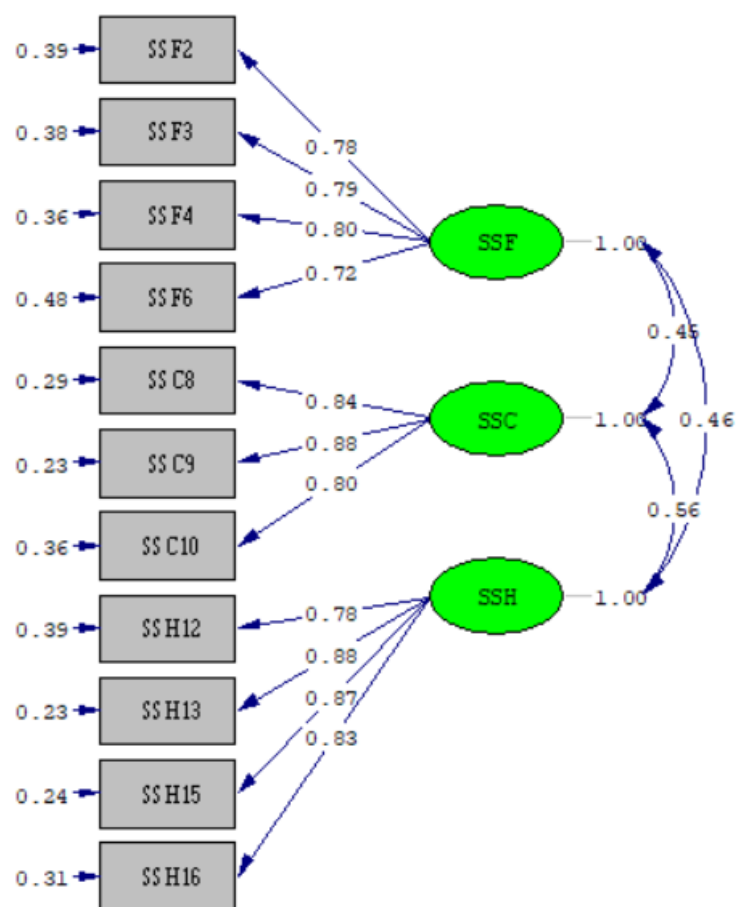
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดการสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรสังเกต		ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
องค์ประกอบ : การสนับสนุนจากครอบครัว		
2	เมื่อฉันมีความกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันสามารถปรับทุกข์หรือระบายความรู้สึกและได้รับการดูแลห่วงใยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจากสมาชิกในครอบครัว	0.78
3	สมาชิกในครอบครัวค้นหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ เอกสารแผ่นพับ นิตยสาร โทรทัศน์ มาบอกฉัน	0.79
4	สมาชิกในครอบครัวตักเตือนเมื่อฉันปฏิบัติตนที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉัน เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และออกกำลังกายหักโหม เป็นต้น	0.80
6	ฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การจัดหาอาหาร และสิ่งของเครื่องใช้จากบุคคลในครอบครัว	0.72
องค์ประกอบ : การสนับสนุนจากชุมชน		
8	ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากเพื่อนบ้าน และจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	0.84
9	ฉันมักมีโอกาสได้พบปะเพื่อนในชุมชนและได้แลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง	0.88
10	ฉันได้รับสิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากชุมชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมหมู่บ้าน ชมรมอสม. หรือ เทศบาล เป็นต้น	0.80
องค์ประกอบ : การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ		
13	เมื่อฉันไปพบแพทย์ตามนัด ฉันจะได้รับคำแนะนำ และ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น เอกสารแผ่นพับ จากบุคลากรในทีมสุขภาพ	0.78
14	เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ฉันสามารถสอบถามจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้	0.88
15	บุคลากรในทีมสุขภาพ มีความใส่ใจที่จะให้ความช่วยเหลือ แนะนำสถานที่จุดให้บริการต่างๆ ในโรงพยาบาลเมื่อฉันสงสัยหรือไม่เข้าใจ	0.87
16	ฉันได้รับความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเข้าห้องตรวจพบแพทย์ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล	0.83

$\chi^2 = 103.83$, $df = 41$, $p < 0.001$, $CFI = 0.99$, $GFI = 0.97$, $NNFI = 0.99$, $RMSEA = 0.047$, $SRMR = 0.032$

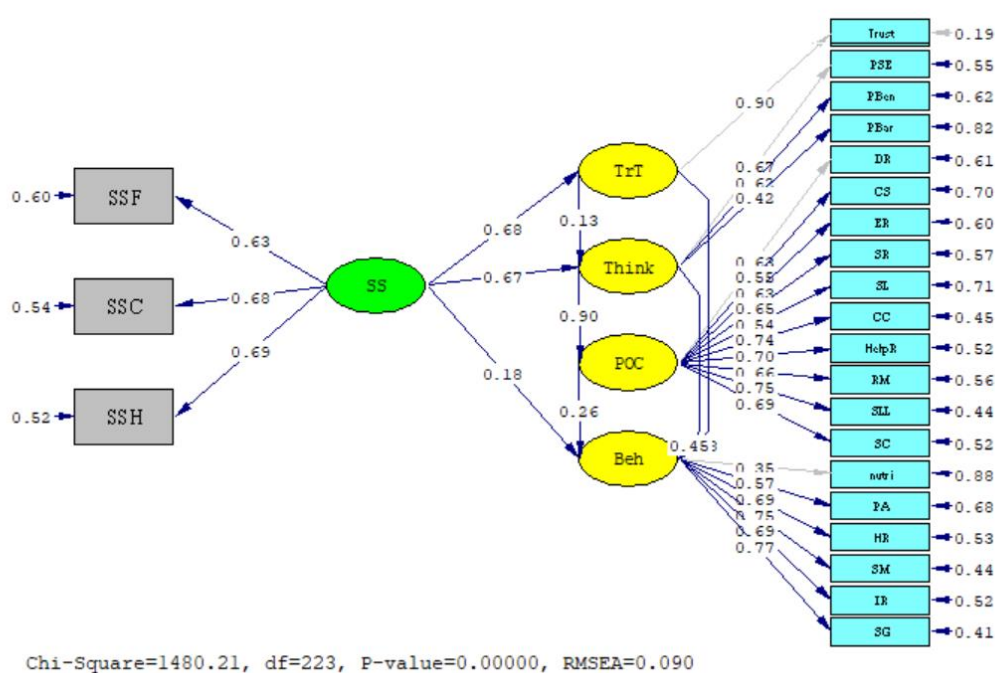
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



Chi-Square=103.83, df=41, P-value=0.00000, RMSEA=0.047

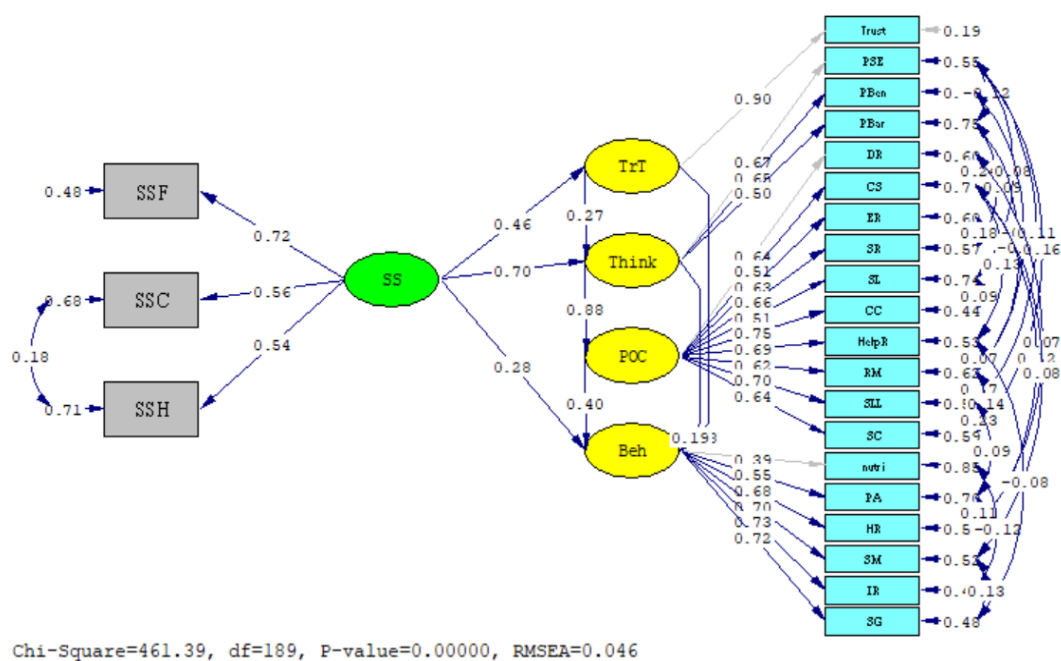
ภาพประกอบ 6 รูปแบบการวัดการสนับสนุนทางสังคม

ผลการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มรวม
ตามสมมติฐานการวิจัย (n=690)



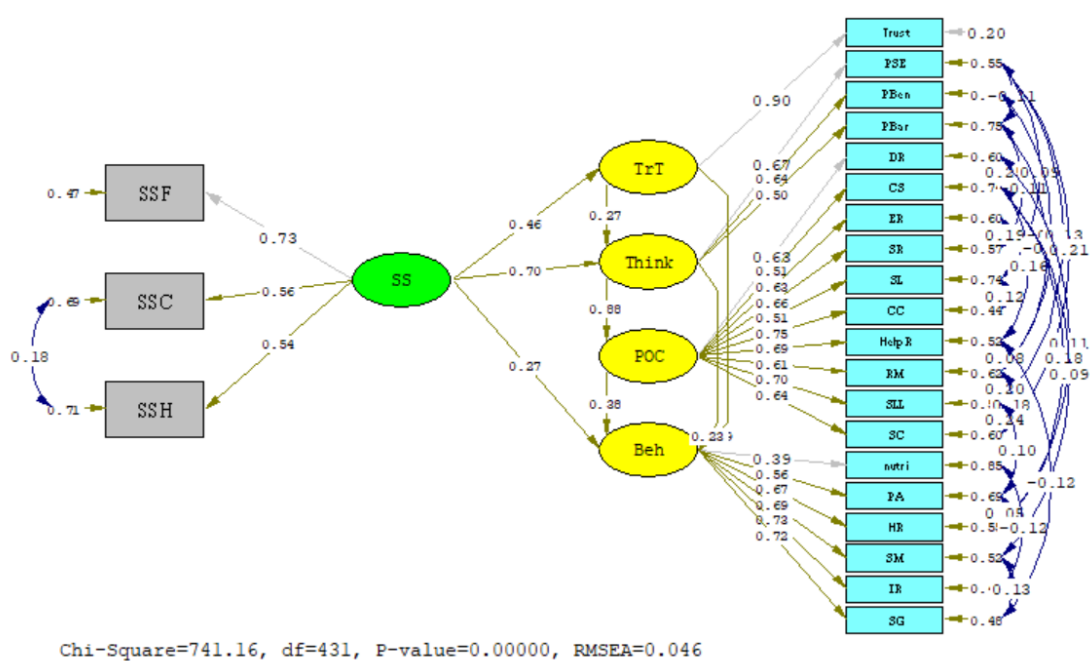
ภาพประกอบ 6 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มรวม

ผลการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มรวมที่ได้ดำเนินการปรับแก้ (Adjust Model) (n=690)



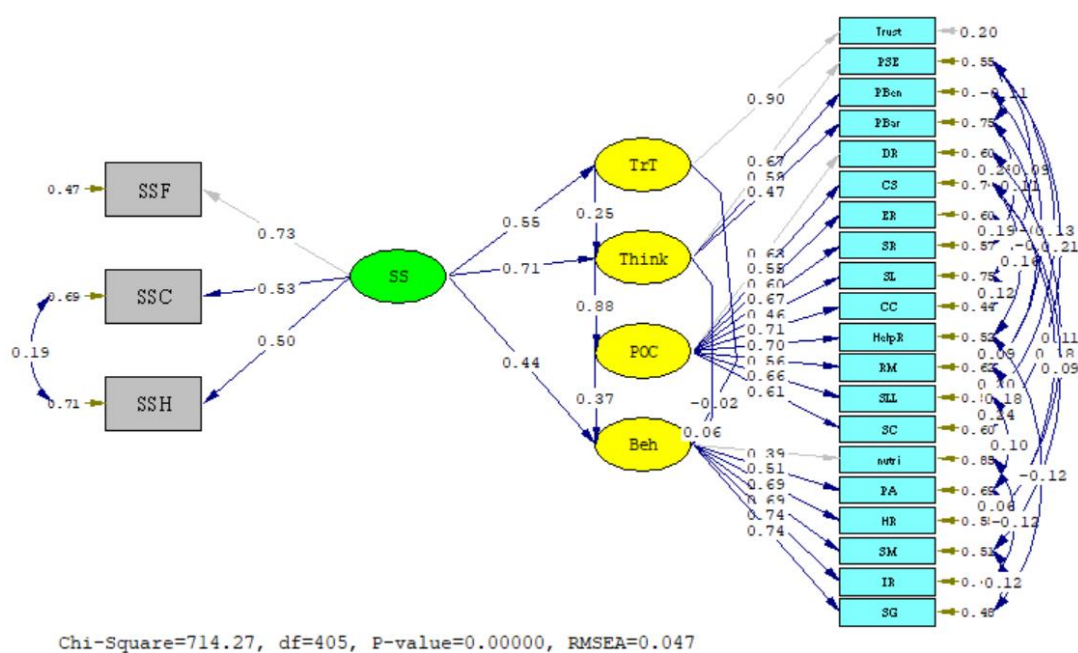
ภาพประกอบ 7 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดกลุ่มรวมที่ได้ดำเนินการปรับแก้ (Adjust Model)

ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้างรูปแบบ
ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง



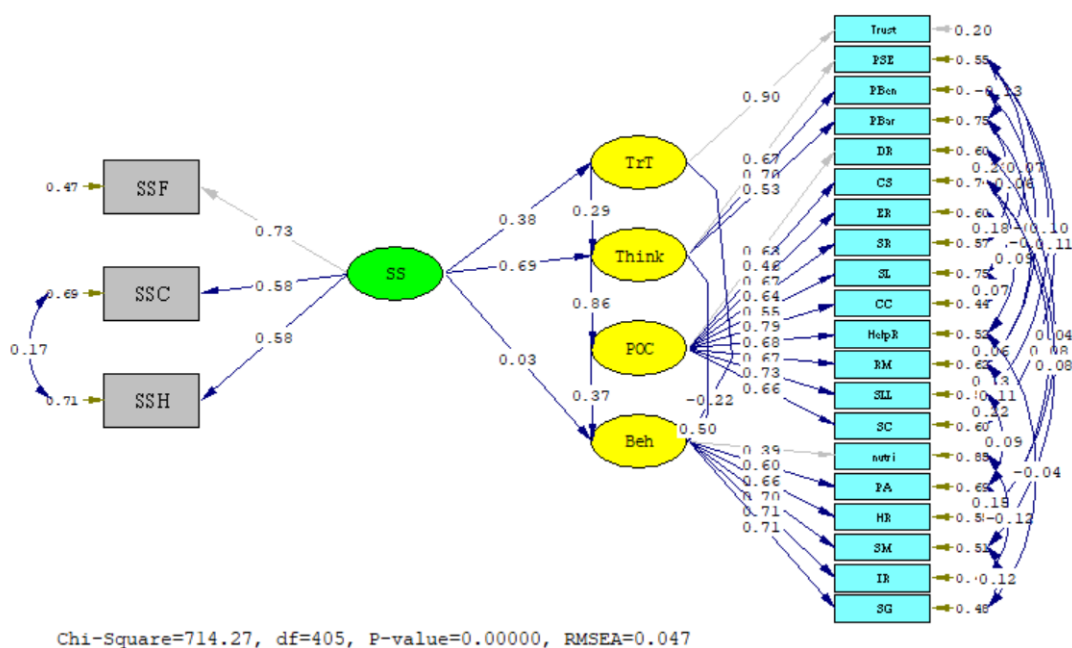
ภาพประกอบ 8 ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิง
สาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่ม
ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง

ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้างรูปแบบ
ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย



ภาพประกอบ 9 ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิง
สาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่ม
ผู้สูงอายุเพศชาย

**ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้างรูปแบบ
ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง**



ภาพประกอบ 10 ภาพประกอบ ความไม่แปรเปลี่ยนของแบบจำลองสมการโครงสร้างรูปแบบ
ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง

ตาราง 16 เกณฑ์ดัชนีที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองการวัด

ค่าสถิติที่ใช้วัดระดับความกลมกลืนของโมเดล	เกณฑ์ยอมรับระดับความกลมกลืน
χ^2	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
χ^2/df	มีค่าน้อยกว่า 5.00
Comparative fit index: CFI	มีค่ามากกว่า 0.90
Tucker-Lewis Index: TLI	มีค่ามากกว่า 0.90
Root mean squared error of approximation: RMSEA	มีค่าน้อยกว่า 0.08
Standardized root mean squared residual: SRMR	มีค่าน้อยกว่า 0.08



ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย

MF-04-version-2.0

วันที่ 18 ต.ค. 61



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 185/2562E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวนวรรตน์ สุทธิพงศ์

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาพบ

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 3 มกราคม 2563
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 3 มกราคม 2563
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 3 มกราคม 2563
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 3 มกราคม 2563

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-185/2562

วันที่ให้การรับรอง : 03/01/2563

วันหมดอายุใบรับรอง : 03/01/2564



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวนวรรตน์ สุทธิพงศ์
วัน เดือน ปี เกิด	14 มกราคม 2511
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2533 พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จาก วิทยาลัยพยาบาลลำปาง พ.ศ. 2550 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2562 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	74 สถาบันโรคทรวงอก ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000