

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง  
กรุงเทพมหานคร



นางสาวสุชาดา ใจซื่อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THE OLDER  
PERSONS LIVING IN HIGH RISE BUILDING, BANGKOK METROPOLIS



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

Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University



สุชาดา ใจเชื้อ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัย  
ในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร (SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH  
PROMOTION BEHAVIORS OF THE OLDER PERSONS LIVING IN HIGH RISE  
BUILDING, BANGKOK METROPOLIS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร  
เกศพิชญวัฒนา, หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้  
ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดของ Pender (2002) กลุ่มตัวอย่าง  
คือ ผู้สูงอายุในชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 จำนวน 117 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ  
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้  
ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามการ  
สนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของ  
แบบสอบถามเท่ากับ .88, .88, .80, .85 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย  
สถิติที และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.05, SD= .32)
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .658, .632$  และ  $.627$  ตามลำดับ)
3. เพศ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5777200036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HEALTH PROMOTION, OLDER PERSON, HIGH BUILDING

SUCHADA JAISUE: SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THE OLDER PERSONS LIVING IN HIGH RISE BUILDING, BANGKOK METROPOLIS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., pp.

The purposes of this descriptive study were to examine health promotion behaviors and relationship between factors related to health promotion behaviors which were gender, perceived benefits to action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy and social support. A conceptual framework used in this study was the health promotion model (Pender, 2002). The sample consisted of 117 older persons living in the community in Sub-sin 26-7 Building in Bangkok Metropolis. Questionnaires were composed of demographic information, health promoting behaviors, perceived benefits to action, perceived barriers to action, perceived self-efficacy and social support. The instruments were tested for content validity by a panel of qualified experts. The reliabilities were .88, .88, .80, .85 and .95 respectively. Descriptive statistics, Independent t-test and Pearson's correlation were used to analyze data. The statistical significance level was set at .05. The major findings were as follows:

1. The health promotion behavior of the older persons living in high rise building, Bangkok Metropolis was at a high level (Mean=3.05, SD= .32)

2. Perceived benefits to action, perceived self-efficacy and social support were positively related to health promotion behavior of the older persons living in high rise building, Bangkok Metropolis with statistical significance level of .05 ( $r = .658$ ,  $.632$  and  $.627$  respectively)

3. Gender and perceived barriers to action were not significantly related to health promotion behavior of the older persons living in high rise building, Bangkok Metropolis.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2017

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้สละเวลาให้ ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา ให้ความหวังใจ เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเป็นอย่างดี พร้อมชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนข้อบกพร่อง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณา ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ที่มีคุณค่า และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ด้วยความรักความหวังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับแก้ เพื่อให้เครื่องมือในการวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ หัวหน้าฝ่ายบริหารงาน ชุมชนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ และโอกาสในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้สูงอายุ ทุกท่านที่ให้ความเมตตา ที่ได้เสียสละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือใน การศึกษาเป็นอย่างดี รวมทั้งได้มอบประสบการณ์ชีวิตที่ทรงคุณค่าให้แก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ฝ่ายการพยาบาล เพื่อนร่วมงานในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดี ตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา บุคคลที่เคารพ และกัลยาณมิตรทุกท่านของผู้วิจัยที่ มิได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ซึ่งถือว่าเป็นแรงใจสำคัญจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้มอบทุน สนับสนุนการวิจัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ.....	16
2. การพักอาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง.....	19
3. กรุงเทพมหานครกับการบริการทางด้านสุขภาพ.....	25
4. แนวคิดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ.....	26
5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	29
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง.....	39
7. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	48

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ลักษณะของเครื่องมือ.....	56
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	106
สรุปผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	110
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	120
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	120
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	120
.....	122
รายการอ้างอิง.....	122
ภาคผนวก.....	131
ภาคผนวก ก.....	132



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	132
ภาคผนวก ข .....	134
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย .....	134
ภาคผนวก ค .....	141
เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย และเอกสารการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง .....	141
ภาคผนวก ง .....	146
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	146
ภาคผนวก จ .....	156
ตารางวิเคราะห์ทางสถิติ .....	156
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	183



## สารบัญตาราง

<b>ตารางที่ 1</b> ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbarch's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
<b>ตารางที่ 2</b> ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbarch's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	68
<b>ตารางที่ 3</b> ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbarch's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	68
<b>ตารางที่ 4</b> จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร.....	74
<b>ตารางที่ 5</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร (n=117) .....	77
<b>ตารางที่ 6</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117).....	78
<b>ตารางที่ 7</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการจัดการความเครียด โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117).....	79
<b>ตารางที่ 8</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117).....	80
<b>ตารางที่ 9</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117).....	81
<b>ตารางที่ 10</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านโภชนาการ โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117).....	82

<b>ตารางที่ 11</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านกิจกรรมทางกาย โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117).....	83
<b>ตารางที่ 12</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร (n=117).....	84
<b>ตารางที่ 13</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และ จำแนกตามรายชื่อ (n=117).....	84
<b>ตารางที่ 14</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117).....	86
<b>ตารางที่ 15</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และ จำแนกตามรายชื่อ (n=117).....	87
<b>ตารางที่ 16</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117) .....	89
<b>ตารางที่ 17</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า โดยรวม และจำแนก ตามรายชื่อ (n=117).....	90
<b>ตารางที่ 18</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านอารมณ์ โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117).....	91
<b>ตารางที่ 19</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117).....	92
<b>ตารางที่ 20</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ โดยรวม และจำแนก ตามรายชื่อ (n=117).....	93

<b>ตารางที่ 21</b> ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117).....	94
<b>ตารางที่ 22</b> การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน(n=117) .....	95
<b>ตารางที่ 23</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร (n=117).....	96
<b>ตารางที่ 24</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117).....	97
<b>ตารางที่ 25</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117).....	98
<b>ตารางที่ 26</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117).....	99
<b>ตารางที่ 27</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117).....	100
<b>ตารางที่ 28</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117).....	101
<b>ตารางที่ 29</b> ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่ากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117).....	102

**ตารางที่ 30** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)..... 103

**ตารางที่ 31** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงิน หรือบริการกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)..... 104

**ตารางที่ 32** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)..... 105



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปี ค.ศ. 2010 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 524 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ.2050 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,500 ล้านคน หรือคิดร้อยละ 16 ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมด (WHO, 2015) สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2543-2544 คือ มีประชากรอายุ 60 ปี คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ป.) จากการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ พบว่า ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนประชากรสูงอายุทั้งหมด 10,014,699 คน (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2557) อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์และระบบบริการทางด้านสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โดยเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย 72.2 ปี และเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ย 78.9 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging society) โดยมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2570 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557) เมื่อโครงสร้างของประชากรมีการเปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น ด้านแรงงาน รายได้ ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย และความต้องการหลักประกันที่มั่นคงในชีวิตมากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางความเจริญทางด้านเศรษฐกิจสังคม และทางการศึกษาที่มีการพัฒนาก้าวล้ำกว่าพื้นที่อื่นๆ ทำให้มีการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาหางาน และการแสวงหาโอกาสดำเนินชีวิตในกรุงเทพมหานคร เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2559) พบว่า กรุงเทพมหานครมีประชากรจำนวน 5,686,646 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 936,865 คน คิดเป็นร้อยละ 16.47 ของประชากรในจังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุดของประเทศ จากลักษณะของสังคมเมืองที่เปลี่ยนไปส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น ความหนาแน่นของประชากร ความแออัดของการอยู่อาศัย ความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ มลภาวะทางเสียง มลภาวะทางอากาศ การสุขาภิบาลที่ไม่ดี และค่าครองชีพที่สูงขึ้น (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร, 2553) ปัญหาเหล่านี้ย่อมส่ง

กระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่พักอาศัยในเมือง ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม รวมทั้งการบริการทางด้านสาธารณสุข

ปัจจุบันการพักอาศัยในอาคารสูง เข้ามาเป็นทางเลือกให้กับผู้ที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัยอยู่ในเมือง เนื่องจากลักษณะโครงสร้างของอาคารสูงนั้นสามารถรองรับผู้พักอาศัยได้จำนวนมาก มีความสะดวกในการเข้าอยู่ อีกทั้งยังเป็นรูปแบบของการพัฒนาพื้นที่ของที่อยู่เดิมในลักษณะแนวราบให้เป็นแนวสูงเนื่องจากพื้นที่ดินที่มีอยู่อย่างจำกัด และเพื่อให้เกิดประโยชน์จากพื้นที่ดินให้คุ้มค่าที่สุด (กองนโยบาย และแผนงานสำนักผังเมือง, ม.ป.ท.) จากรายงานผลการอนุญาตปลูกสร้างอาคารในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีการอนุญาตปลูกสร้างอาคารทั้งหมด จำนวน 16,448 หน่วย แบ่งเป็น อาคารสูงไม่เกิน 8 ชั้น จำนวน 16,401 หน่วย เป็นอาคารพักอาศัย จำนวน 13,827 หน่วย คิดเป็นร้อยละ 85.34 และอาคารสูงเกิน 8 ชั้น จำนวน 47 หน่วย เป็นอาคารพักอาศัย จำนวน 15 หน่วย คิดเป็นร้อยละ 76.02 ของจำนวนอาคารที่มีการอนุญาตทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมืองชั้นใน (กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง, 2559) แสดงให้เห็นว่า การปลูกสร้างอาคารสูงสำหรับการพักอาศัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังเป็น การตอบสนองความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงของคนเมือง ทั้งนี้ตามแนวความคิดดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียังเกี่ยวข้องกับสุขภาพสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ซึ่งจากลักษณะสภาพแวดล้อม และการเป็นอยู่ในสังคมเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้กลายเป็นปัญหา และอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง ได้ให้ความหมาย อาคารสูง หมายถึง อาคารที่บุคคลอาจเข้าอยู่หรือเข้าใช้สอยที่มีความสูงตั้งแต่ 23 เมตรขึ้นไป หรืออาคารที่มีความสูงจากระดับพื้นดินที่ก่อสร้างตั้งแต่ 6 ชั้นขึ้นไป (กองนโยบายและแผนงาน สำนักผังเมือง, ม.ป.ป.) จากรายงานผลการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2554 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ในอาคาร คิดเป็นร้อยละ 31.83 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้ในอนาคตผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพังสูงขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ป.) ถึงแม้ว่า จะมีการก่อสร้างที่พักอาศัยประเภทอาคารสูงเป็นจำนวนมาก แต่ก็ยังไม่สามารถสร้างขึ้นมาเพื่อรองรับความต้องการของการอยู่อาศัยของกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ดังจะเห็นได้จากลักษณะของการก่อสร้าง เช่น พื้นทางเดินที่ไม่มีความแตกต่างของพื้นผิว ความลาดชันของบันไดที่ไม่เหมาะสม การขาดสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งอุปกรณ์ภายในห้องพัก หรือการจัดพื้นที่ส่วนกลางที่อาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2553) ทั้งนี้การอยู่อาศัยในอาคารสูงจึงจำเป็นต้องคำนึง คือ การอยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมถอยลงของทุกๆ ด้าน การรับรู้ลดลง ประสาทสัมผัสลดลง กระดูกบางลงเปราะง่าย การเคลื่อนไหวการเดินช้าลง การลุกนั่งลำบาก การทรงตัวผิดปกติ การได้ยินลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสายตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) รวมทั้งลักษณะของที่พักอาศัยในอาคารถ้ามีแสงสว่างไม่เพียงพอ หรือมีสิ่งของวางเกะกะ อาจทำให้ผู้สูงอายุเดินสะดุดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และเกิดการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง หรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบ โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง (Cotrell & Carder, 2010) หากผู้สูงอายุมักอาศัยที่มีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เช่น มีการจัดสภาพแวดล้อมทั้งภายใน ภายนอกอาคารให้เหมาะสม มีความปลอดภัย รวมทั้งจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งการจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดีนั้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตที่ดี พึ่งพิงตนเองได้ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Bonnefoy, 2007; Phillips et al., 2013; วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557) ดังนั้นการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้กับผู้สูงอายุจึงเป็นนโยบายของกรุงเทพมหานครที่ให้ความสำคัญ โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร รวมทั้งการดึงภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เป็นองค์กรนิติบุคคลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อบริหารจัดการทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ โดยทรัพย์สินส่วนใหญ่เป็นอสังหาริมทรัพย์ ทั้งประเภทที่ดิน และอาคาร รวมทั้งยังเป็นเจ้าของพื้นที่ในกรุงเทพมหานครจำนวนมาก นอกจากนี้ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ยังเป็นภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมการพัฒนาที่อยู่อาศัยเพื่อส่งเสริมให้ผู้พักอาศัยในกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะในชุมชนแออัด และกลุ่มผู้มีรายได้น้อยในเขตเมือง ซึ่งได้ริเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ในการพัฒนาที่อยู่อาศัยรูปแบบอาคารสูงให้กับคนเมืองในยุคแรก ให้กับผู้พักอาศัยในชุมชน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเทพประทาน ชุมชนสามยอด และชุมชนไผ่ลิงโต ซึ่งในปัจจุบัน คือ ชุมชนชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 จากการทำงานพัฒนาด้านที่อยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูงนั้น พบว่า การอยู่พักอาศัยในอาคารสูงไม่สอดคล้องกับวิถีดั้งเดิมของชาวชุมชนที่เคยชินกับวิถีบนพื้นราบ (อิทธิกร อนุรัตน์, 2551) ทำให้ชาวชุมชนต้องมีการปรับแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับรูปแบบของการพักอาศัยในอาคารสูงที่เปลี่ยนแปลงไป

ชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 ซึ่งเป็นชุมชนที่มีความเก่าแก่ ตั้งอยู่ในเขตเมือง ของกรุงเทพมหานคร โดยเป็นชุมชนต้นแบบของการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้กับผู้มีรายได้น้อยในลักษณะพื้นที่ที่มีอยู่เดิมจากลักษณะการพักอาศัยในแนวราบให้เป็นการพักอาศัยในแนวสูง กล่าวคือ การพักอาศัยอยู่แบบบ้านให้กลายเป็นการพักอาศัยในแบบอาคารสูง โดยสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์มี



การปล่อยให้เช่าตามขนาดของพื้นที่ในราคาที่เหมาะสมตามขนาดของห้องพัก ทั้งนี้ชุมชนอาคาร  
 ทรัพย์สิน 26-7 ประกอบด้วยอาคารพักอาศัยสูง 26 ชั้น 1 หลัง และอาคารพักอาศัยสูง 7 ชั้น 1 หลัง  
 4 พื้นที่ภายในห้องพักอาศัยมีขนาด 24-66 ตารางเมตร ภายในห้องพักอาศัยบางห้องนั้นมีการต่อเติม  
 เพื่อปรับให้เหมาะสมกับจำนวนสมาชิก หรือตามความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตนเอง เช่น ทำ  
 เป็นร้านค้า มีการกั้นห้องเพื่อความเป็นสัดส่วน เป็นต้น หรือบางห้องพักอาศัยยังคงไว้ในรูปแบบเดิมที่  
 เป็นเพียงห้องโล่งๆ มีแค่ห้องน้ำห้องส้วมภายในห้องเท่านั้น ทั้งนี้ภายในอาคารทรัพย์สิน 26-7 มี  
 จำนวนของผู้พักอาศัยทั้งหมดอยู่จำนวนประมาณ 1,500 คน ถือว่ามีจำนวนมากพอสมควร ส่งผลให้มี  
 การพักอยู่อาศัยค่อนข้างแออัด ประกอบกับโครงการพัฒนาที่อยู่อาศัยแบบแนวราบสู่แนวสูงในชุมชน  
 อาคารทรัพย์สิน 26-7 นั้น มีระยะเวลาผ่านมายาวนานพอสมควรส่งผลให้ในปัจจุบันอาคารพักอาศัยมี  
 สภาพทรุดโทรม และสิ่งแวดล้อมอาจไม่น่าอยู่ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้พักอาศัย โดยเฉพาะใน  
 กลุ่มผู้สูงอายุ และการมีสุขภาพไม่ดี

ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การพักอาศัยอยู่ในอาคารสูงมีผลต่อการดำเนิน  
 ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในหลายๆ ด้าน เช่น ปัญหาการขาดพื้นที่ใช้สอยในการทำกิจกรรม ปัญหา  
 พื้นที่ส่วนกลางของอาคารที่ไม่เหมาะสม ลักษณะของบันได และขนาดทางเดินไม่ได้มาตรฐาน ปัญหา  
 พื้นที่ภายในห้องพักคับแคบไม่เป็นสัดส่วน รวมทั้งปัญหาความไม่สะดวกในการออกมาร่วมทำกิจกรรม  
 ข้างล่างหรือนอกห้องพักอาศัย (จูลี โรจนันครินทร์, 2545; จารุวรรณ จินดานิล, 2547; สุธาสิณี สุด  
 แสน, 2549; ศนิดา ภิญโญ, 2552) การอยู่พักอาศัยในอาคารสูงดังกล่าว จะเห็นได้ว่าอาจส่งผล  
 กระทบต่อภาวะสุขภาพ และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง  
 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง พบว่า

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมชื้อยามารับประทานเอง (ศนิดา ภิญโญ,  
 2552) ไม่รู้ว่าต้องไปรับบริการหรือตรวจสุขภาพที่ไหน (Parikh et al, 2009) ไม่ไปรับตรวจตาม  
 แพทย์นัด คิดเป็นร้อยละ 13.80 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนา และความมั่นคงของมนุษย์,  
 ม.ป.ป.) ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงขึ้น (Parikh  
 et al., 2009) ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีลักษณะ  
 ต่างคนต่างอยู่ การรู้จักกันเป็นแบบผิวเผินหรือขาดการพูดคุยกับบุคคลภายนอก (จูลี โรจนันครินทร์,  
 2545; จารุวรรณ จินดานิล, 2547; สุจิตรา จิระวาณิชกุล, 2556) ซึ่งมีโอกาสเกิดได้มากขึ้นกับผู้ที่พัก  
 อาศัยในชั้นที่มีระดับความสูงเพิ่มขึ้น (Evans et al., 2003) รวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกัน และ  
 กันของเพื่อนบ้านน้อยลง (จูลี โรจนันครินทร์, 2545; จารุวรรณ จินดานิล, 2547; สุจิตรา จิระวาณิช  
 กุล, 2556)

ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ซึ่งมีโรคประจำตัวเรื้อรัง และมีปัญหาทางด้านสุขภาพต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงเดิน ทำให้รู้สึกไม่สะดวก รู้สึกยุ่งยาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกายน้อยลง (Cotrell & Carder, 2010; จารุวรรณ จินดา นิล, 2547; ศนิดา ภิญาโณ, 2552) สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.05 (สำนักงานปลัดกระทรวง การพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ป.)

ด้านโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ หรืออาหารขายปลีกมารับประทาน เนื่องจากสภาพภายในห้องพักของอาคารสูงไม่มีพื้นที่สำหรับการประกอบอาหารอย่างเป็นสัดส่วน (สุจิตรา จิระวาณิชกุล 2556) มีพฤติกรรมการดื่มกาแฟ ชา โอเลี้ยง คิดเป็นร้อยละ 24.3 (Karupaiah et al., 2013) มีพฤติกรรมเติมน้ำตาล น้ำปลาลงในอาหาร และรับประทานอาหารรสจัด คิดเป็นร้อยละ 23.6 (ทวีศิลป์ ศรีอักษร, 2551)

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ว่าเหว่ โดดเดี่ยว มีความเครียด (Fuller & Sandra, 1980) กลัวการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 61.32 (สำนักงาน ปลัดกระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ท.) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อความเครียดสูงขึ้นเนื่องจากต้องอยู่คนเดียวภายในห้องพักอาศัย และมีความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองมีการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมได้ยากกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน (Evans et al., 2003)

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนไม่เคยได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ไปโบสถ์ หรือได้พบปะลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 4.7 รู้สึกเหงา คิดเป็นร้อยละ 33.65 (สุธาสินี สุดแสน, 2549) รู้สึกขาดที่พึ่งทางใจ และกลัวถูกทอดทิ้ง (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนา และความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ป.)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (2002) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีให้มีความผาสุกในชีวิตทั้งกับบุคคล ครอบครัว สังคม และชุมชน การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะต้องมีการปฏิบัติเป็นประจำต่อเนื่อง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ดังนั้นการทราบถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงเป็นอย่างไร จึงเป็นประเด็นที่สำคัญเพื่อที่พยาบาลจะได้นำองค์ความรู้มาใช้วาง

แผนการดูแล ให้คำแนะนำ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมาได้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงเพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสมนั้น พยาบาลจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตามแนวคิดของ Pender (2002) ได้อธิบายว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญหรืออิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านลักษณะ และประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านสติปัญญา และความรู้สึที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 6 ตัวแปรย่อย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ และ 3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม ความต้องการ และความพึงพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ไป และลักษณะสภาพการพักอาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูงจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงนั้นมีลักษณะเฉพาะ และยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแบบจำลองตามแนวคิดของ Pender (2002) ดังนี้

**เพศ** เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่บ่งชี้สมรรถนะของร่างกาย เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงส่งผลต่อการเป็นโรคกระดูกพรุน เป็นต้น ส่วนเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable disease) ทั้งนี้ยังเป็นตัวบ่งบอกถึงความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางอย่างเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ (Johnson, 2005) จากการศึกษาของ ปัทมาสน์ เพชรสม (2558) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เช่นเดียวกับศึกษาของ กรองทอง อ้นภู และคณะ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับศึกษาของวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557)

พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด

**การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** เป็นแรงจูงใจโดยตรงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลโดยอ้อมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยคาดหวังว่าจะได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามประสบการณ์ในอดีตที่รู้ว่าพฤติกรรมนั้นมีผลบวกต่อตนเอง (Pender, 2002) ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการออกกำลังกายทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 51.2 มีการรวมกลุ่มพูดคุยพบปะกับเพื่อนบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (สุธาสิณี สุตแสน, 2549) มีการเลือกทำกิจกรรมเพื่อความสบายใจ คือ การสวดมนต์ ใส่บาตร ไปวัด (สุจิตรา จิระวาณิชกุล; 2556) มีการรับประทานอาหารชีวจิต และธัญพืช (จารุวรรณ จินดานิล, 2547) จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก ทำให้มีกระบวนการรู้คิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ดังนั้นผู้สูงอายุย่อมเข้าใจถึงประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมได้ไม่ยาก และสามารถที่จะสร้างแรงจูงใจให้ตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด (Pender, 2002) ดังเช่นการศึกษาของ ยามีละ ดอแม (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางบัวทอง ในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ( $r = .31, p < .05$ )

**การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความยากลำบาก ความไม่สะดวกสบาย ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก ส่งผลต่อความตั้งใจ และแรงจูงใจ จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงเดิน ทำให้รู้สึกไม่สะดวก และกลัวการหกล้ม (Cotrell & Carder, 2010; จิระภา ศรีคำ, 2545) จากการศึกษาของ สุธาสิณี สุตแสน (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการลงมาทำกิจกรรมข้างล่างอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 28.9 เนื่องจากรู้สึกลำบาก รู้สึกไม่สะดวก สอดคล้องกับแนวคิดของ (Pender, 2002) ดังเช่นการศึกษาของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารนอกราชการ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = .219, p < .01$ )

**การรับรู้ความสามารถของตนเอง** เป็นปัจจัยด้านความเชื่อที่ทำให้บุคคลมั่นใจในความสามารถที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำให้สำเร็จ บุคคลนั้นก็เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Pender, 2002) ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 51.2 (สุธาสิณี สุตแสน, 2549) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่พักในอาคารสูงกลุ่มนี้มีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจนเกิดการปฏิบัติเป็นความเคยชิน ซึ่งน่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี ดังเช่นการศึกษาของ กรรณิการ์ เทพกิจ (2553) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมออกกำลังกายในสตรีผู้สูงอายุโรคกระดูกพรุน ( $r = .512, p < .001$ ) จากการศึกษาของ แพนนี ตรีวิเชียร (2552) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารนอกราชการ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = .40, p < .05$ )

**การสนับสนุนทางสังคม** เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ได้รับจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และช่วยลดความเครียดได้ (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว พาไปพบแพทย์ตามนัด พาไปตรวจสุขภาพประจำปี และคอยช่วยเหลือในส่วนของการใช้จ่ายต่างๆ (ศนิดา ภิญโญ, 2552; สุจิตรา จิระวานิชย์กุล; 2556) จากการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = .48, p < .05$ )

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าความรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ และความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงอย่างเหมาะสม อันจะเป็นประโยชน์ในทางการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่การคัดกรอง ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนมีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
2. เพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร หรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีการบูรณาการให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของสังคมเมืองเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งได้อธิบายตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

**เพศ** เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล เป็นตัวกำหนดบทบาทความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นตัวบ่งบอกความเสี่ยงภาวะสุขภาพ และความสนใจในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของ Johnson (2005) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากการศึกษาของ วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด จากการศึกษาของ ปัทมาสน์ เพชรสม (2558) ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ เพศอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

**การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** เป็นความเชื่อของบุคคลที่คาดหวังว่าจะได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ ยามีละดอแม (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางบัวทอง ในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ( $r = .18, p < .05$ ) จากการศึกษาของ แพนนี่ ดรีวีเชียร (2552) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารนอกราชการ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = .3.18, p < .05$ ) และจากการศึกษาของ วรณวิมล เมฆวิมล (2555) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ( $r = .26, p < .05$ ) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

**การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ นันทริกา เลิศเชวงกุล (2549) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุชาย ในด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย ( $r = -.49, p < .01$ ) จากการศึกษาของ แพนนี่ ดรีวีเชียร (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารนอกราชการ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = .21, p < .05$ ) ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

**การรับรู้ความสามารถของตนเอง** เป็นปัจจัยด้านความเชื่อหรือความมั่นใจในความสามารถของผู้สูงอายุที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อแบบแผนทางความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ และแรงจูงใจ จากการศึกษาของ Kwong & Kwan (2007) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = .57, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เทพกิจ (2553) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุโรคกระดูกพรุน ( $r = .51, p = <.05$ ) ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

**การสนับสนุนทางสังคม** เป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลที่เป็นปัจจัยด้านความคิด และความรู้สึกเฉพาะพฤติกรรมที่สำคัญ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อทำให้เกิดการกระทำอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง เห็นคุณค่า จากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดได้ (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) จากการศึกษาของ กรรณิการ์ เทพกิจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุโรคกระดูกพรุน ( $r = .43, p < .05$ ) จากการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = .48, p < .05$ ) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

### สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิด และการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. เพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร



## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีการวิจัย ดังนี้

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงตามโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่พักอาศัยในอาคารสูงตามโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7

**ตัวแปรต้น** คือ เพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

**ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง** หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงที่ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2002) จำนวน 41 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้

1) **ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ที่บ่งบอกถึงความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อมีอาการผิดปกติแล้วรีบไปรักษา การไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ มีความสนใจ

แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แหล่งรับบริการสุขภาพ และการขอคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ จากบุคลากรทางด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น

**2) กิจกรรมทางกาย** หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายแล้วเกิดการเผาผลาญพลังงาน ทำต่อเนื่องกันครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การออกกำลังกาย การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ หรือกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ซักรีดผ้า เป็นต้น รวมทั้งการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายร่วมกับบุคคลอื่นทำให้มีความสุข และสนุกสนาน

**3) โภชนาการ** หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง การรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวัน ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

**4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น โดยการพูดคุย พบปะ การแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นร่วมกันกับเพื่อนบ้าน การมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในอาคารพักอาศัย รวมทั้งการได้รับการยอมรับ และการดูแลช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลอื่นเพื่อให้ตนเองมีความสุขที่ดี

**5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ** หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง เกี่ยวกับความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดที่เป็นเครื่องเหนี่ยวทางจิตใจ การให้ความหมายของชีวิต การให้ความรัก การให้อภัยแก่ผู้อื่น การเผชิญกับความตาย ความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งการยึดหลักคำสอนตามหลักศาสนาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การร่วมกิจกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ การทำสมาธิเพื่อทำให้ชีวิตเกิดความสงบสุข

**6) การจัดการกับความเครียด** หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง แสดงถึงวิธีช่วยให้ตนเองผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การทำสมาธิ การทำกิจกรรมที่ชอบ การรู้จักควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อเกิดปัญหา ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

**เพศ** หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่บ่งบอกความเป็นชายหรือหญิงของผู้สูงอายุ ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ถึงผลลัพธ์ทางด้านบวกหรืออาจเป็นการคาดคะเนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงต่อการกระทำพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีต่อทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

**การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง เกี่ยวกับสิ่งขัดขวาง ความรู้สึกยากลำบาก ความไม่สะดวกสบาย เช่น สถานที่ เวลา ค่าใช้จ่าย สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้ไม่มีโอกาสหรือการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน โดยประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

**การรับรู้ความสามารถของตนเอง** หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงในความสามารถของตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งไม่เกี่ยวกับความสามารถเดิมที่มีอยู่ โดยประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงรับรู้ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือ เอาใจใส่ การได้รับความรักจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคลากรทางทีมสุขภาพ ฯลฯ ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงรู้สึกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนหนึ่งในสังคม และช่วยให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้ โดยประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) สร้างจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) **การสนับสนุนด้านอารมณ์** หมายถึง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการได้รับความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว และจากบุคคลอื่นทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงรู้สึกอบอุ่น สบายใจ ปลอดภัย และรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า หมายถึง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดในการปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมต่างๆ แล้วได้รับการยอมรับยกย่องจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคคลอื่น

3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีบุคคลในครอบครัว หรือจากบุคคลอื่นให้การช่วยเหลือ หรือช่วยให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง

4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ หมายถึง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคคลอื่นในด้านการเงิน สิ่งของ ช่วยเหลือดูแล และการพาไปตรวจรับการรักษา

5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากบุคคลในครอบครัวหรือจากบุคคลอื่น

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง งานวิจัยนี้ หมายถึง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ตามโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยแบบแนวราบสู่แนวสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ คือ ชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7

**อาคารสูง** หมายถึง อาคารที่ผู้สูงอายุใช้พักอยู่อาศัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีระดับความสูงตั้งแต่ 23 เมตรขึ้นไป หรือมีความสูงตั้งแต่ 6 ชั้น ขึ้นไป ภายในอาคารมีการพักอาศัยอยู่ด้วยกันหลายครอบครัว มีการแบ่งแยกเป็นหน่วยของแต่ละครอบครัว ภายในห้องพักอาจประกอบด้วยห้องน้ำ ห้องครัว และห้องนอน รวมทั้งมีการใช้พื้นที่ส่วนรวมร่วมกัน เช่น ทางเดินเท้า ทางขึ้นลงของบันได และลิฟต์ เป็นต้น

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งเป็นข้อมูลให้กับทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง และผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
  - 1.1 ความหมายการสูงอายุ
  - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. การพักอาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง
  - 2.1 ความหมายของอาคารอาศัย
  - 2.2 ลักษณะการพักอาศัยในอาคารสูงของผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
  - 2.3 สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์กับการพัฒนาที่อยู่อาศัย
3. กรุงเทพมหานครกับการบริการทางด้านสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง
7. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. กรอบแนวคิดงานวิจัย

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

##### 1.1 ความหมายการสูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (2010) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน (WHO, 2010)

บรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามในปฏิทิน มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลงตามวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น

กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ (2553) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ได้ให้คำจำกัดความ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป โดยแบ่งออกได้เป็น 3 วัย คือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัย ปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป สามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วงวัย ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

## 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และ ทางด้านสังคม ดังนี้

### 1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ระบบเกิดขึ้น เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง เกิดการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูกทำให้กระดูกผุง่ายขึ้น และบางลง ผิวหนังบางลงขาดความยืดหยุ่น และขาดความชุ่มชื้น การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสที่อ่อน และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผล และอุบัติเหตุได้ง่าย การไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลงทำให้เส้นผมร่วงง่าย และแห้ง เล็บมีลักษณะแข็งหนา สีเล็บ เหลืองมากขึ้น เซลล์สมอง และเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงทำให้ความไวต่อการตอบสนองของ ปฏิกริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวช้าลงขาดความคล่องตัว และการรู้คิดช้า การมองเห็นภาพไม่ ชัดเจน การได้ยินลดลง ระบบหัวใจ และหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ผนังหลอดเลือดมีการหนา แข็งตัวมากขึ้นทำให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่น ของเนื้อปอดลดลงทำให้ความแข็งแรงการหดตัวของกล้ามเนื้อในการช่วยหายใจลดลง ฟันผุหลุดร่วง ง่ายทำให้เคี้ยวการกลืนอาหารรู้สึกไม่คล่องไม่สะดวก การรับรสของตุ่มรับรสที่ลิ้นเสียไป ภาวะแพะ อาหารมีการหลังกรด การหลั่งน้ำย่อยน้อยลง และมีการเคลื่อนไหวลดลงส่งผลให้ประสิทธิภาพในการ ย่อยอาหารลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูกได้ ง่าย กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักหย่อนตัวทำให้กลิ่นอูจจาระไม่ได้ ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงทำ ให้ปัสสาวะบ่อย รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันทำงานของร่างกายลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติด เชื้อในระบบต่างๆ ได้ง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ทั้งนี้เพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนหรือวัยทอง การทำหน้าที่ของรังไข่จะ ลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง จากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน

ที่ลดลงจะกระตุ้นเม็ดเลือดแดง Monocytes ให้มีการหลั่งสาร interleukin-I และสาร Tumor necrosis factor สารทั้งสองนี้จะทำให้เพิ่มการทำหน้าที่ของออสทีโอคลาส ทำให้กระดูกถูกทำลายเพิ่มขึ้น แคลเซียมจึงเกิดการสลายออกจากกระดูกเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ไตทำหน้าที่เพิ่มขึ้นในการขับแคลเซียมออกมาทางปัสสาวะ ในขณะที่เดียวกันระดับของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ที่ลดลงทำให้ระดับของวิตามินดี 1, 25 dihydroxyvitamin D ในเลือดลดลง ส่งผลให้ลำไส้มีการดูดซึมแคลเซียมกลับได้น้อยลง มีผลทำให้ความหนาแน่นของกระดูกลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน

### 1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มมีข้อจำกัดของการช่วยเหลือตนเองในปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ขาดความคล่องตัวในการรู้คิด การเคลื่อนไหวช้าลง การทำกิจกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุเริ่มมีข้อจำกัด และอาจต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคม การออกจากงาน การปลดเกษียณ การสูญเสียบทบาทหน้าที่ตำแหน่งทางสังคม รายได้ที่ลดลง ตลอดจนมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจากโรคเรื้อรัง อาจทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุรู้สึกลูกวิตกกังวล เครียด ว้าวุ่น ซึมเศร้า รู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองลดลง ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหรือไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมถดถอย แยกตัวไม่เข้าสังคม หรือบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยจนต้องได้รับการบำบัดรักษา (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

### 1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ผู้สูงอายุต้องออกจากงาน การปลดเกษียณ มีรายได้ลดลง อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ทางสังคมของตนเองลดลง ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมนั้นทำให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกถูกลดบทบาททางสังคมอาจทำให้การมีสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุลดลงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว และจากสภาพสังคมในยุคปัจจุบันทำให้ลูกหลานต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพตั้งแต่เช้าถึงเย็น ทำให้ในช่วงเวลากลางวันผู้สูงอายุอาจต้องอยู่เพียงลำพัง และต้องพึ่งพาตัวเองให้ได้มากที่สุด (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2554) นอกจากนี้ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเป็นหม้าย อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าวุ่น ขาดเพื่อนคู่คิด เคร้าศึก แยกตัว

ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

สรุปได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการยอมรับ และการปรับตัวให้ได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ตนเองนั้นดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

## 2. การพักอาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง

### 2.1 ความหมายของอาคารอาศัย

อาคารอยู่อาศัย หมายถึง อาคารซึ่งโดยปกติบุคคลใช้อยู่อาศัยได้ทั้งกลางวัน และกลางคืน ไม่ว่าจะเป็นการอยู่อาศัยอย่างถาวร หรือชั่วคราว

อาคารอยู่อาศัยรวม หมายถึง อาคารหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของอาคารที่ใช้เป็นที่อยู่อาศัยสำหรับหลายครอบครัว โดยแบ่งออกเป็นหน่วยแยกจากกันสำหรับแต่ละครอบครัว

อาคารชุดอยู่อาศัย หมายความว่า อาคารหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของอาคารที่ใช้เป็นที่พักอาศัยหลายครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวมีห้องนอน ห้องครัว และห้องน้ำเป็นอิสระ มีทางเดินและบันไดขึ้นชั้นบนหรือลิฟต์ใช้ร่วมกัน แบ่งเป็น 2 แบบ คือ 1) อาคาร Low Rise เป็นอาคารสูงไม่เกิน 8 ชั้น และ 2) อาคาร High Rise เป็นอาคารสูงเกิน 8 ชั้นขึ้นไป (ประทีป ตั้งมติธรรม, 2554)

การอยู่อาศัย หมายถึง การเข้าไปเพื่อกินอยู่ หลับนอนเป็นปกติวิสัยถาวร ในอาคารที่เป็นบ้านเดี่ยว บ้านแฝด บ้านพักอาศัย อาคารชุด โรงเรียน โรงแรม หอพัก และอพาร์ทเมนท์ เป็นต้น

อาคารสูง หมายถึง อาคารที่บุคคลอาจเข้าอยู่หรือเข้าใช้สอยได้ที่มีความสูงตั้งแต่ 23 เมตรขึ้นไป การวัดความสูงของอาคารให้วัดจากระดับพื้นดินที่ก่อสร้างถึงดาดฟ้า สำหรับอาคารทรงจั่วหรือปั้นหยาให้วัดจากระดับพื้นดินที่ก่อสร้างถึงยอดผนังของชั้นสูงสุดหรืออาคารที่มีความสูงจากระดับพื้นดินที่ก่อสร้างตั้งแต่ 6 ชั้นขึ้นไป

อาคารขนาดใหญ่พิเศษ หมายถึง อาคารที่ก่อสร้างขึ้นเพื่อใช้พื้นที่อาคารหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของอาคารเป็นที่อยู่อาศัย หรือประกอบกิจการประเภทเดียวหรือหลายประเภท โดยมีพื้นที่รวมกันทุกชั้นหรือชั้นหนึ่งชั้นใดในหลังเดียวกันตั้งแต่ 10,000 ตารางเมตรขึ้นไป



อาคารพักอาศัยประเภทอาคารสูง หมายถึง อาคารที่ใช้ประโยชน์เพื่อการอยู่อาศัยทั้งกลางวัน และกลางคืน อย่างชั่วคราว และอย่างถาวร ซึ่งมีความสูงตั้งแต่ 23 เมตรขึ้นไปหรือมีความสูงตั้งแต่ 6 ชั้นขึ้นไป โดยมีจำนวนห้องพักอาศัยหลายห้องรวมกันในอาคารเดียวกัน ในแต่ละห้องพักประกอบด้วย ห้องนอน ห้องรับแขก ห้องครัว และห้องน้ำ

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมาย อาคารสูง หมายถึง อาคารที่ผู้สูงอายุใช้พักอยู่อาศัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีระดับความสูงตั้งแต่ 23 เมตรขึ้นไปหรือมีความสูงตั้งแต่ 6 ชั้นขึ้นไป ภายในอาคารมีการพักอาศัยอยู่หลายครอบครัว มีการแบ่งแยกเป็นหน่วยของแต่ละครอบครัว ภายในห้องพักอาจประกอบด้วย ห้องน้ำ ห้องครัว และห้องนอน โดยมีทางเดิน ทางขึ้น-ลงบันได หรือลิฟต์ และมีพื้นที่ส่วนรวมใช้ร่วมกัน

## 2.2 ลักษณะการพักอาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครมีความเป็นสังคมเมืองที่ถือว่ามีปัญหาความเจริญมากที่สุดของประเทศ เกิดการย้ายถิ่นฐานของประชากรเพื่อแสวงหาโอกาสในด้านต่างๆ และเข้ามาทำมาหากิน ส่งผลให้เกิดการอาศัยของจำนวนประชากรกันอย่างหนาแน่นมากกว่าพื้นที่อื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด ซึ่งหนึ่งในจำนวนของประชากรกลุ่มนี้ คือ ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่ามีความหนาแน่นสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้กรุงเทพมหานครได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีได้อย่างมีความสุข

ปัจจุบันรูปแบบการพักอาศัยในอาคารสูงซึ่งถือว่าการตอบสนองความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของคนในเมืองที่มีการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ ต้องการความรวดเร็ว และความสะดวกสบาย ทำให้เกิดการก่อสร้างอาคารสูงสำหรับพักอยู่อาศัยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ถึงแม้ว่าการพักอาศัยในอาคารสูงจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้พักอาศัยในเมืองได้บางกลุ่ม แต่ก็พบว่ายังมีข้อจำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก

ทั้งนี้จากสภาพการดำเนินชีวิตของคนเมืองที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุบางรายต้องการรายได้เลี้ยงชีพด้วยตัวเองหรือสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำมาหากินเลี้ยงชีพตั้งแต่เช้าถึงค่ำ ทำให้บุคคลในครอบครัวอาจมีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง ผู้สูงอายุจึงต้องอยู่เพียงลำพังในห้องพักช่วงเวลากลางวัน ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุอาจรู้สึกเบื่อหน่าย ว่าเหว่ เหงา โดดเดี่ยว และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากลักษณะเด่นทางวัฒนธรรมของสังคมไทยอีกด้านที่สำคัญ คือ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ และการให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว ทั้งยังเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อบุคคลที่ตนเคารพบูชา ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงยังคงพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน เมื่อเจ็บป่วยจึงมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล รับผิดชอบค่าใช้จ่าย พาไปรับการรักษาตามแพทย์นัด

รวมทั้งการจัดเตรียมหุงหาอาหารให้รับประทานหรือสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุ (ศนิดา ภิญาญ, 2552) แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวบุคคล ซึ่งบุคคลในครอบครัวนั้นถือว่าที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุด อีกทั้งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองตามมา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทุกๆ ด้าน ทำให้เริ่มมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง อาจรู้สึกเป็นภาระลูกหลาน อาจรู้สึกถึงความไม่สะดวก ความเป็นอุปสรรคในการออกมาทำกิจกรรมนอกห้องพักอาศัย หรือการลงมาทำกิจกรรมข้างล่างของอาคารที่พักอาศัย ประกอบกับลักษณะของการออกแบบโครงสร้าง และสภาพสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในอาคารสูงสำหรับการพักอาศัยที่อาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยตรง การขาดหรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกอาจทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้ม ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุจึงเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ภายในห้องพักอาศัยของตัวเอง (สุจิตรา จิระวานิชย์กุล, 2556) เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง สวดมนต์ หรือทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ทั้งนี้การใช้ชีวิตประจำวันเพียงอย่างเดียวในห้องพักอาศัยอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้พบปะกับบุคคลอื่นๆ ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งทำให้การมีสัมพันธภาพทางสังคมลดลง และการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมลดลงได้ด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ว่าเหว่ รู้สึกเครียดได้ (Full & Larson, 1980) นอกจากนี้ จากลักษณะทางกายภาพของอาคารสูง เป็นแบบปิดกั้นห้อง มีการแบ่งชั้นการพักอาศัย เป็นสัดส่วน และค่อนข้างมีความเป็นส่วนตัวสูง แต่ก็พบว่า ผู้พักอาศัยในอาคารสูงมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ การช่วยเหลือเกื้อกูล และความเอื้ออาทรต่อกันของผู้พักอาศัยในอาคารสูงลดลง (จุลี โรจน์นครินทร์, 2545)

ทั้งนี้จากการศึกษาของ วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจากน้ำหนักเกิน อ้วนลงพุง และความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ในปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งขายอาหาร ร้านค้าสะดวกซื้อ ร้านอาหารตามสั่ง ทำได้ง่าย (ทวิศิลป์ ศรีอักษร, 2551) ประกอบกับความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และไม่มีเวลาในการทำอาหารรับประทานเอง อาจทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม นอกจากนี้ จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.05 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนา และความมั่นคงของมนุษย์, ม.ป.ท.) อาจเนื่องมาจาก สภาพการใช้ชีวิตในเมือง และการพักอาศัยอยู่ในอาคารสูงที่มีพื้นที่อยู่อย่างจำกัด ทำให้พื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย พื้นที่สำหรับการพักผ่อน พื้นที่ในการทำกิจกรรมต่างๆ มีไม่เพียงพอจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

ถึงแม้ว่า การได้พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการเรียนรู้ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัย ได้มากกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ (ปีทมาสน์ เพชรสม, 2558) แต่สิ่งที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครต้องเผชิญ คือ ปัญหาที่บั่นทอนทางด้านสุขภาพจิต และปัญหาสุขภาพทางกายมากกว่าผู้สูงอายุในชนบท (ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และพิริยะ ผลพิรุฬห์, 2550) เช่น มลภาวะทางอากาศ มลภาวะทางเสียง การอยู่กันอย่างแออัด และค่าใช้จ่ายในการครองชีพที่สูงขึ้น เป็นต้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ตลอดจนมีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

### 2.3 สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์กับการพัฒนาที่อยู่อาศัย

สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อบริหารจัดการทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ โดยมุ่งเน้นที่จะบริหารจัดการทรัพย์สินในความรับผิดชอบเพื่อให้เกิดประโยชน์ที่ยั่งยืนต่อชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เป็นเจ้าของที่ดินในเขตกรุงเทพมหานครจำนวนมาก ทั้งนี้สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เป็นองค์กรเก่าแก่มานานมาก พื้นที่ในการดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นชุมชนเก่าแก่ที่มีการอยู่อาศัยมาหลายชั่วอายุคน ซึ่งแต่เดิมสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์พยายามรักษาสภาพพื้นที่ และสิ่งปลูกสร้างเดิมไว้ให้มากที่สุด แต่ด้วยผลจากการพัฒนาประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500-2520 เป็นต้นมา ทำให้กรุงเทพมหานครกลายเป็นศูนย์กลางทางด้านเศรษฐกิจ การค้า การลงทุน การศึกษา รวมทั้งเป็นศูนย์กลางของความเจริญต่างๆ ในทุกๆ ด้าน จึงทำให้ผู้คนทั่วทุกสารทิศเกิดการย้ายถิ่นฐานเข้ามาแสวงหาประโยชน์ในการดำเนินชีวิต

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์มีการพัฒนาที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด เนื่องจากสภาพการอยู่อาศัยนั้นมีจำนวนผู้พักอาศัยมากขึ้น และค่อนข้างแออัด ทำให้ผู้พักอาศัยเดิมมีการย้ายที่อยู่เพื่อไปอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ดีกว่าเดิม มีการปล่อยเช่าให้กับผู้ที่ย้ายเข้ามาทำงาน และตั้งถิ่นฐานเป็นจำนวนมาก ทำให้ชุมชนบนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว และยังมีการก่อสร้างต่อเติมกันเองอย่างไม่เป็นระเบียบ ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งส่งผลทำให้สภาพที่อยู่อาศัยทรุดโทรมมากขึ้นจนกลายเป็นชุมชนแออัด

ทั้งนี้หนึ่งในนโยบายที่สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ให้ความสำคัญ คือ การแก้ไขปัญหาชุมชนแออัดบนพื้นที่ดิน ซึ่งได้มีการดำเนินงานด้านการจัดที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดสำหรับผู้มีรายได้น้อย เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2535 ตามแนวคิดโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) คือ การประสานประโยชน์ที่ดินเพื่อแบ่งปันที่อยู่อาศัย จำแนกลักษณะการพัฒนาที่อยู่อาศัยเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) ที่อยู่อาศัยแบบแนวราบ คือ การพัฒนาที่อยู่อาศัยให้ขยายออกไปยังพื้นที่ชานเมือง และไกลออกไป และ 2) ที่อยู่อาศัยแบบแนวสูง

คือ การรื้อย้ายชุมชนจากบ้านชั้นเป็นอาคาร ซึ่งอาจเป็นแบบพื้นฟูและปรับปรุงพื้นที่อยู่อาศัยเดิมที่ได้ทรุดโทรมลงเพื่อเป็นการลดความแออัดของพื้นที่

จากแนวคิดการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) เป็นการแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อย โดยการประสานประโยชน์การใช้พื้นที่ดินของเจ้าของที่ดินกับผู้อยู่อาศัยเดิมบนพื้นที่นั้น ซึ่งอาจทำโดยการขายที่ดินบางส่วนให้กับผู้พักอาศัยในรูปการผ่อนส่งระยะยาว หรือรูปแบบสัญญาเช่าระยะยาว สำหรับที่ดินอีกส่วนนั้นเจ้าของที่ดินสามารถที่จะนำไปใช้ประโยชน์ทางการค้าได้ตามความต้องการ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาตามมาหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะการบุกรุกที่ดินเพื่อการอยู่อาศัย ขณะเดียวกันเจ้าของที่ดินต้องการนำที่ดินมาพัฒนาในเชิงธุรกิจทำให้เกิดปัญหาไร้ที่อยู่ชุมชน อย่างไรก็ตาม เพื่อประโยชน์ของทุกฝ่ายสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์จึงได้นำแนวคิดรูปแบบการพัฒนาที่อยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง (Land Sharing) มาใช้พัฒนาให้กับผู้มีรายได้น้อยที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร โดยได้ดำเนินการในช่วงแรกให้กับชุมชน 3 ชุมชน คือ

1) ชุมชนสามยอด อยู่เขตพระนคร เป็นชุมชนเขตเมืองซึ่งล้อมด้วยถนนอนุกรมทางทิศตะวันตก ถนนเจริญกรุงทางทิศใต้ ถนนมหาชัยทางทิศตะวันออก ตั้งอยู่ทางด้านใต้ของสวนรมณีนารถ ซึ่งมีคลองราชบพิธกั้นขวาง โดยมีเนื้อที่ 9 ไร่ 2 งาน 10 ตารางวา ได้เริ่มโครงการปรับปรุงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ประกอบด้วย อาคารพาณิชย์-พักอาศัยสูง 3 ชั้น และ 4 ชั้น จำนวน 6 หลัง จำนวน 101 หน่วย และมีอาคารพักอาศัยสูง 10 ชั้น จำนวน 1 หลัง โดยชั้น 1-3 มีบริษัทขอเช่าเป็นสำนักงาน และ ชั้นที่ 4-10 เป็นห้องพักอาศัย จำนวน 182 หน่วย ชั้นละ 26 ห้อง ซึ่งแต่ละห้องพักอาศัยมีขนาดห้อง 38.5 ตารางเมตร และ 45 ตารางเมตร โดยมีอัตราค่าเช่า 800-2,000 บาทต่อเดือนซึ่งมีระยะเวลาการเช่า 3 ระยะๆ ละ 10 ปี ทั้งนี้บางห้องมีการต่อเติมเสริมแต่งจากเจ้าของห้องเอง และมีการติดตั้งลิฟต์เพื่ออำนวยความสะดวกภายในอาคาร ผลจากการปรับปรุงพื้นที่ ทำให้ชาวชุมชนมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ ความสัมพันธ์ทางสังคมของชาวชุมชนลดลง และการพักอาศัยมีสภาพอยู่กันอย่างแออัด (ศาสตรา ศรีหาคาค, 2556)

2) ชุมชนคลองไผ่สิงโต ปัจจุบันคือ ชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 เป็นการรื้อย้ายชุมชนแออัดในเขตคลองเตย 2 ชุมชนมาอยู่รวมกัน คือ ชุมชนรัชดาภิเษกฝั่งตะวันตก หรือชุมชนตรอกปลาเค็ม และชุมชนร่วมใจตรอกไผ่สิงโต หรือชุมชนสามเหลี่ยม ซึ่งได้มีการปรับปรุงจนแล้วเสร็จปี พ.ศ. 2539 และเริ่มให้ชาวชุมชนเข้าย้ายมาอาศัยอยู่ได้ในปี พ.ศ. 2541 ประกอบด้วยอาคารสูง 26 ชั้น จำนวน 1 หลัง และอาคารสูง 7 ชั้น จำนวน 1 หลัง โดยมีจำนวนห้องพักอาศัยรวมทั้งหมด 380 หน่วย ห้องพักมีขนาดพื้นที่ตั้งแต่ 24-66 ตารางเมตร มีอัตราค่าเช่า 800-1,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนผู้พักอาศัยอยู่ประมาณ 1,514 คน ทั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้พักอาศัยในชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 มีระยะเวลาของการพักอาศัยมากกว่า 15 ปี และเป็นลักษณะการพักอาศัยแบบครอบครัวที่สืบทอดต่อ

กันมาจนถึงลูกหลาน ทำให้ห้องพักอาศัยบางห้องมีจำนวนผู้พักอาศัยค่อนข้างแออัด บางห้องมีการต่อเติมตามความเหมาะสม หรือบางห้องมีการต่อเติมเพื่อทำเป็นร้านค้า อีกทั้งผู้พักอาศัยส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รับจ้างทั่วไป และเป็นการทำงานแบบหาเช้ากินค่ำ จึงมีการใช้พื้นที่ส่วนกลางบางส่วนเป็นพื้นที่สำหรับเก็บอุปกรณ์ในการทำมาหากินของผู้พักอาศัยทำให้อาคารสำหรับการอยู่อาศัยขาดความเป็นระเบียบ

ทั้งนี้ผลจากการปรับปรุงพื้นที่ ยังทำให้ชาวชุมชนขาดพื้นที่ในการจัดทำกิจกรรมร่วมกัน มีการใช้พื้นที่ผิดประเภท วางสิ่งของเกะกะขวางทางเดินส่วนรวม ทำให้พื้นที่ส่วนกลางไม่สะอาด เนื่องจากอาคารพักอาศัยมีการก่อสร้างเป็นเวลานานจึงทำให้มีสภาพเก่าทรุดโทรม (จุลี โรจน์นครินทร์ , 2545; ศาสตรา ศรีหาคาศ, 2556) นอกจากนี้ ชาวชุมชนมีการแบ่งพรรคแบ่งพวกทำให้การช่วยเหลือกันซึ่งกัน และกันของชาวชุมชนลดลง ปัจจุบันมีผู้พักอาศัยเดิมมีการย้ายออก ปล่อยเช่า และขายสิทธิ์ ทำให้มีบุคคลภายนอกเข้ามาพักอาศัยอยู่แทน อย่างไรก็ตาม สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้มอบหมายให้นิติบุคคลเป็นผู้ดำเนินการดูแลด้านความเป็นอยู่ และจัดการความเรียบร้อยให้กับผู้พักอาศัยในชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7

3) ชุมชนเทพประทาน ตั้งอยู่ริมถนนพระราม 4 บริเวณหน้าโรงงานยาสูบ เขตคลองเตย ซึ่งถือว่าอยู่ในชุมชนเมือง การเดินทางมีความสะดวกสบายเนื่องจากอยู่ใกล้ถนนใหญ่ โดยได้มีการเริ่มโครงการปรับปรุงตั้งแต่ปี 2538 และเริ่มให้เช่าพักอาศัยในปี พ.ศ. 2541 ประกอบด้วยอาคารสูง 8 ชั้น จำนวน 4 หลัง และอาคารพาณิชย์สูง 3 ชั้นครึ่ง จำนวน 4 หลัง มีจำนวนห้องพักอาศัยรวมทั้งหมด 832 ห้อง พื้นที่ห้องพักอาศัยมีขนาดเฉลี่ย 56 ตารางเมตร ห้องพักอาศัยของแต่ละอาคารมีจำนวนไม่เท่ากัน โดยคิดค่าเช่า 800- 1,000 บาทต่อเดือน และมีค่าบริหารพื้นที่ส่วนกลางต่างหาก ทั้งนี้มีการติดตั้งลิฟต์ให้กับอาคารสูง 8 ชั้น ผู้พักอาศัยส่วนใหญ่ปิดประตูอยู่แต่ในห้องของตนเอง ซึ่งจะอยู่ห้องในเฉพาะช่วงเย็น และช่วงเสาร์ อาทิตย์เนื่องจากต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพ ผลจากการปรับปรุงพื้นที่มีการใช้พื้นที่ส่วนกลางผิดประเภท พื้นที่ส่วนกลางไม่เรียบร้อย (เพ็ญญา แสงชื่น, 2548) ทำให้อาคารมีสภาพทรุดโทรม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ตามแนวคิด โครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร จะเห็นได้ว่า ผู้พักอาศัยในอาคารสูงต้องมีการปรับแบบแผนการเดินทางชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพการเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป และสภาพของการใช้ชีวิตตามวิถีคนเมือง เช่น การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ค่าครองชีพที่สูงขึ้น การต้องใช้ชีวิตภายในห้องพักที่มีพื้นที่อยู่อย่างจำกัด การต้องพักอาศัยอยู่กับบุคคลเป็นจำนวนมาก และการต้องใช้พื้นที่ที่เป็นส่วนกลางร่วมกัน อีกทั้งการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้เป็นอาคารสูงดังกล่าวมีระยะเวลาเวลานานพอควร ตลอดจนปัญหาจากสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่

เกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

### 3. กรุงเทพมหานครกับการบริการทางด้านสุขภาพ

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดูแลจากเชิงรับที่เน้นการรักษาในสถานพยาบาลมาเป็นรูปแบบเชิงรุกเข้าถึงบ้านโดยส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม และเน้นการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทำให้เกิดความยั่งยืนครอบคลุมทั้งทางด้านสุขภาพทางสังคม ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในงานบริการด้านสุขภาพ จัดให้มีการรูปแบบการให้บริการสุขภาพต่อที่บ้าน (Home health care)

สำหรับกรุงเทพมหานครซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานบริหารปกครองท้องถิ่น ซึ่งมีนโยบายที่ต้องการสร้างเมืองให้เป็นมหานครแห่งความสุข และมหานครแห่งโอกาสของคนทุกวัย รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้มอบหมายให้สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร จัดให้มีโครงการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้สูงอายุ และช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ดูแล เช่น การเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพ และการให้คำแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558) อย่างไรก็ตาม กรุงเทพมหานครยังมีการแบ่งงานบริการด้านสุขภาพ ดังนี้

1) การบริการปฐมภูมิ (Primary care) เป็นบริการด้านสุขภาพโดยสถานบริการปฐมภูมิ จากบุคลากรทางทีมสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข

2) การบริการทุติยภูมิ (Secondary care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับขั้นสูง เน้นการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก และมีความซับซ้อน ได้แก่ โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นต้น

3) การบริการตติยภูมิ และศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary care and excellent center) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความซับซ้อน มีบุคลากรในสาขาเฉพาะในทุกด้าน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่างๆ หรือสังกัดมหาวิทยาลัย เป็นต้น

ทั้งนี้สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานครที่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกรุงเทพมหานคร รวมทั้งส่งเสริมการดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้มีการตั้งเป้าหมายให้ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง จัดให้มีโครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การอบรมผู้ดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง และจิตอาสาในชุมชน เป็นต้น ถึงแม้ว่า การเข้าถึงชุมชนหรือการเยี่ยมบ้านจะต้องทำให้เกิดความต่อเนื่อง และยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากเพราะจะทำให้ทราบถึงปัญหาของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ของแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง ทำให้สามารถนำมาวางแผนให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม และสำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานครยังเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายทั้งทางภาครัฐ และภาคเอกชนเข้ามามีร่วมสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุเพื่อทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างยั่งยืน ครอบคลุมทุกมิติ แต่ทั้งนี้ กรุงเทพมหานครยังมีความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ และความเหลื่อมล้ำทางสังคม จึงทำให้สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานครอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึง

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมตามวัยสูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม การมีสภาพแวดล้อมที่ดีปลอดภัย และเหมาะสมจึงเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอาจมีปัญหา มากกว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2548) ทั้งนี้การจัดหรือการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ดี และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้น จะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ในการช่วยป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพ สร้างความมั่นใจ และความเชื่อมั่นให้กับผู้สูงอายุได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุควรเอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีนั้น ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายถึงการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

Lawton (1975 อ้างถึงใน ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2553) ได้อธิบายว่า การมีสภาพแวดล้อมที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตที่ดี

McNeill et al. (2006 อ้างถึงใน อัจฉรา ปุราคม, 2558) กล่าวว่า การสร้างสิ่งแวดล้อม นอกเหนือจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) ยังรวมถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสังคม และวัฒนธรรม ระหว่างบุคคล กลุ่มคนในสังคม เครือข่ายทางสังคม และช่วยทำให้บุคคลเข้ามามีกิจกรรมร่วมกัน

Burton (2012) ได้อธิบายว่า การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ต้องมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม และต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ (2553) ได้อธิบายว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเอื้อต่อการดำรงชีวิตในสภาวะแวดล้อม

Lawton (1975 อ้างถึงใน ไตรรัตน์ จารุทัศน์, 2553) ได้อธิบายถึง สภาพแวดล้อมที่ดีที่สุด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถเชิงพฤติกรรม (Behavioral competence) หมายถึง สภาพร่างกายที่สมบูรณ์ และความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิต สุขภาพ การใช้เวลา และพฤติกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 2 ความผาสุกทางใจ (Psychological well being) หมายถึง การรับรู้ และการประเมินตนเองเกี่ยวกับคุณค่า และประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ เช่น การรับรู้ ความหวัง การรับรู้ความสุขจากกิจกรรมต่างๆ

องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้คุณภาพชีวิต (Perceived quality of life) คือ ความรู้สึกพอใจ หรือรู้สึกไม่พอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อสิ่งใดในชีวิตของเขา เช่น ที่อยู่อาศัย ครอบครัว เพื่อนบ้าน

องค์ประกอบที่ 4 สภาพแวดล้อมเชิงประจักษ์ (Objective environment) ประกอบด้วย สภาพแวดล้อม 5 ด้าน ดังนี้

- 1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ภูมิประเทศ บรรยากาศ และอาคารสถานที่ โดยเน้นที่ อยู่อาศัย อุปกรณ์ของใช้ที่อำนวยความสะดวก และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข
- 2) สภาพแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข
- 3) สภาพแวดล้อมด้านกลุ่มคนในสังคมขนาดเล็ก หมายถึง กลุ่มบุคคลในสังคมที่ผู้สูงอายุ จะต้องมีการพบปะเผชิญหน้าเป็นประจำ
- 4) สภาพแวดล้อมด้านกลุ่มคนในสังคมขนาดกลาง หมายถึง กลุ่มบุคคลกลุ่มเดียวกันกับผู้สูงอายุซึ่งต้องพิจารณาเกี่ยวกับการจัดกลุ่ม อายุ ฐานะเศรษฐกิจ และเชื้อชาติของกลุ่มคนที่จะ มาร่วมกลุ่มเดียวกัน
- 5) สภาพแวดล้อมด้านสังคม หมายถึง ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมทางสังคม เป็นสิ่งที่มีผลต่อ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ

Burton (2012) ได้อธิบายถึง การสร้างสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ดังนี้

1) การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกาย ได้แก่ มีมุมพักผ่อนตาม ทางเชื่อม และทางเดิน การสร้างพื้นที่ทางเดินให้เรียบ การมีพื้นที่สีเขียว การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ต่างๆ ในชุมชน ซึ่งจะเป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกทำกิจกรรมข้างนอก และได้พบปะพูดคุยกับ เพื่อนบ้าน

2) การสร้างสภาพแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิต ซึ่ง ต้องคำนึงถึงสภาพร่างกาย และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น มีที่อยู่อาศัยได้มาตรฐาน มีราว จับบันได ราวจับในห้องน้ำ แสงสว่างที่เพียงพอ และมีความลาดชันของบันไดเหมาะสม เป็นต้น



3) การสร้างสิ่งแวดล้อมในที่สาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น มีการสร้างทางเดินราบเรียบ ทางลาดที่เหมาะสม มีลิฟต์อำนวยความสะดวกในสถานที่ต่างๆ มีห้องน้ำสาธารณะ มีที่นั่งพักผ่อน รวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ ที่อำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ (2553) ได้อธิบายว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยในสภาวะแวดล้อม 3 ส่วน ดังนี้

1) สภาวะแวดล้อมส่วนบุคคล (Individual environment) ควรมีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ตามสภาพความเหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะเสื่อมถอย ความผิดปกติ และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่ประสบอยู่

2) สภาวะแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ควรเน้นการจัดสภาวะแวดล้อมสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือแม้แต่การพูดคุยเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ เช่น การจัดให้มีพื้นที่ส่วนกลางในการทำกิจกรรมกลุ่ม หรือชมรมที่ร่วมกันทำกิจกรรมทางสังคมหรือกิจกรรมทางกายที่ผู้สูงอายุสามารถเดินทางได้สะดวกไม่ไกลจากที่อยู่

3) สภาวะแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) ควรให้ความสนใจในเรื่องความมั่นคงปลอดภัยของผู้สูงอายุ การจัดตั้งอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างที่เพียงพอ พื้นห้องน้ำอยู่ในสภาพไม่ลื่น และการจัดพื้นที่สวนสาธารณะในบริเวณบ้าน และในชุมชนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีการดำเนินชีวิตที่ดีได้อย่างมีความสุข ควรคำนึงถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีนั้นมีส่วนสำคัญ 3 อย่าง ดังนี้

1) สภาพแวดล้อมส่วนบุคคล ควรมีการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของร่างกายในทุกๆ ด้าน ทำให้มีปัญหาการมองเห็น ปัญหาการทรงตัว เป็นต้น ประกอบกับสภาพแวดล้อมในบ้านที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ หรือไม่มีอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกในการดำเนินชีวิตหรือการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุ รู้สึกไม่สะดวก และส่งผลต่อปัญหาด้านจิตใจตามมา

2) สภาพแวดล้อมทางสังคม ควรจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การจัดให้มีกิจกรรมในชุมชน การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ควรจัดให้มีความปลอดภัย และเหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นสำคัญ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น จัดให้ทางเดินมีแสงสว่างเพียงพอ อุปกรณ์ข้าวของเครื่องใช้มีการตรวจสอบการชำรุด เป็นต้น

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 5.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ศึกษาซึ่งให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งที่แตกต่าง และเหมือนกัน ดังต่อไปนี้

Gochman (1997 อ้างถึงใน ประกาย จิโรจน์, 2556) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองหรือบุคคลอื่น มีทั้งส่วนที่เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกได้อย่างชัดเจน และส่วนภายในจิตใจที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันเป็นแบบครอบครัว ชุมชน และสังคม

องค์การอนามัยโลก (1998) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการทำให้บุคคลมีศักยภาพ มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และเป็นการทำให้ตนเองมีสุขภาพดียิ่งขึ้น (WHO, 1998)

Pender (2002) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมาย เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี มีความผาสุกในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด

สุนีย์ ละกำป็น (2554) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะของบุคคล เพื่อให้มีสุขภาวะที่มีความสุขสมบูรณ์ทั้งสุขภาพทางกาย จิตใจ และทางสังคม ซึ่งสุขภาวะของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน เป็นผลลัพธ์มาจากอิทธิพลของปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพ ที่มาจากปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยพื้นฐานด้านสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อทำให้เกิดความผาสุก

อาภาพร เฝ้าวัฒนา (2554) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคล และชุมชนในการดำเนินวิถีชีวิตที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาวะ ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น คือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับตามสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่องของบุคคล จนกลายเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกแนวคิดเกี่ยวกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับบุคคลทุกกลุ่มวัย รวมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ

## 5.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002)

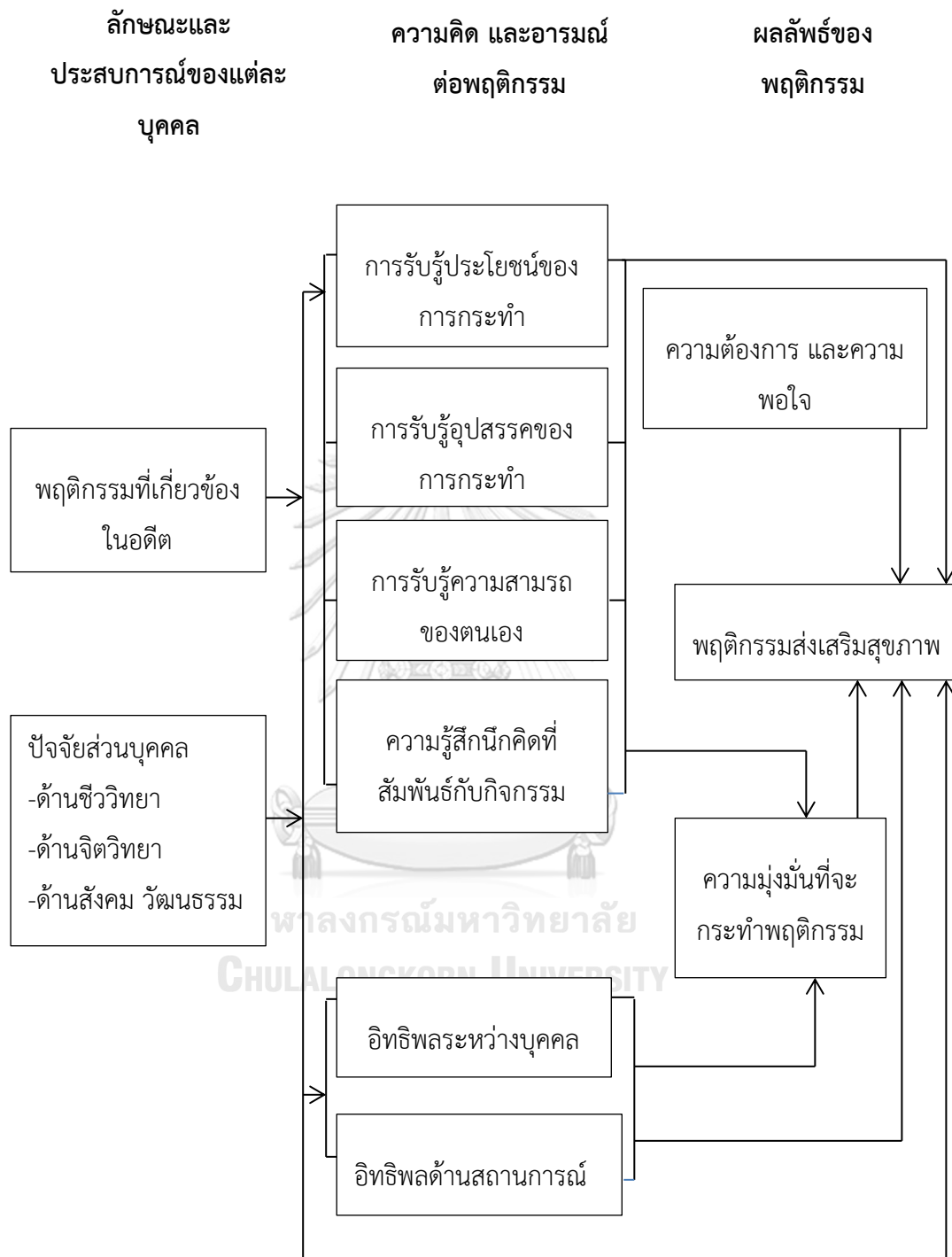
แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promotion) มีผู้นำมาใช้ในการศึกษาเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ Pender ได้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 ซึ่งได้มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพ

ในปี ค.ศ. 1987 โดยได้นำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning) ที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยอธิบายถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะกระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน

ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ทั้งนี้ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยได้อธิบายถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการอธิบายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้น ซึ่งได้ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางบวกที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลให้คงไว้ยกระดับสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-being)

ในปี ค.ศ. 2002 ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีการพัฒนาที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองในปี ค.ศ. 1982

ปี ค.ศ. 2006 ซึ่งเป็นแบบจำลองท้ายสุด ได้มีการพัฒนาปรับปรุงมาจากการสังเคราะห์ผลจากการวิจัยที่นำรูปแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ไปใช้ โดยมีการศึกษาจากตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยต่างๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์แบบเป็นเหตุเป็นผลระหว่างมโนทัศน์ โดยสามารถอธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรซึ่งทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจทางบวก เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งยังชี้ให้เห็นแนวทางในการสร้างสมมติฐานเพื่อนำไปศึกษาตลอดจนมีการนำผลการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาบูรณาการกับมโนทัศน์ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ



แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Revised health promotion model)

ที่มา: Pender, N.J., Madaugh, C.L. & Parson, M.A., 2006: 50.

Pender (2002) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัย ดังนี้

1) ปัจจัยด้านลักษณะ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual characteristics and experiences) แต่ละบุคคลจะมีลักษณะประสบการณ์ที่เฉพาะแตกต่างกัน ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในภายหลัง ความสำคัญของอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ลักษณะ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

1.1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่คล้ายในอดีต มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากบุคคลนั้นจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้โดยอัตโนมัติจนกลายเป็นนิสัย มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยมีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1.2.1) ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย สมรรถภาพของร่างกาย

1.2.2) ปัจจัยจิตใจ เช่น ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.2.3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น สิว เชื่อชาติ การศึกษา เศรษฐฐานะ

2) ปัจจัยด้านความคิด และอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior specific cognition and affect) เป็นปัจจัยในการกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สำคัญ ประกอบด้วย

2.1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of action) คือ ความเชื่อของบุคคลที่คาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความกระตือรือร้น ลดความเหนื่อยล้า และการรับรู้ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ การได้รับผลตอบแทนอื่นๆ เช่น ได้รางวัล หรือได้เข้าร่วมกลุ่มจากการปฏิบัติพฤติกรรม และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งไป

เพิ่มความมุ่งมั่น หรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Commitment to a plan of action)

2.2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to action) คือ ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจที่ต้องทำ เข้าใจผิด และอุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก มีผลต่อความตั้งใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยลดความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) คือ ความเชื่อหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน การที่บุคคลรับรู้ทักษะหรือความสามารถของตนเอง จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน คือ

2.3.1) ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเอง ที่ได้รับการประเมินจากผู้อื่น

2.2.2) ประสบการณ์ทางอ้อมโดยการสังเกตการณ์ปฏิบัติของผู้อื่นแล้วนำมาเปรียบเทียบกับตนเอง

2.2.3) การถูกจูงใจด้วยคำพูดของผู้อื่น ซึ่งทำให้สามารถนำเอาความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการปฏิบัติ

2.2.4) สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการบุคคลตัดสินใจความสามารถของตน เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถหรือมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Activity related affect) คือ ความรู้สึกบวกหรือลบที่มีต่อลักษณะกิจกรรม ความรู้สึกของตนเองขณะปฏิบัติกิจกรรม อาจเกิดในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกทางบวกจะมีผลต่อแรงจูงใจ แต่ถ้าบุคคลนั้นเกิดมีความรู้สึกทางลบจะมีผลทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติกิจกรรม ความรู้สึกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรง

ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) คือ พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีผลต่อความคิดของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นบรรทัดฐาน การสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบ อิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลทางอ้อมโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม และความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.6) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) คือ การรับรู้ และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เอื้อหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ เงื่อนไขที่ต้องการมาสนับสนุนความต้องการ ความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อม บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่รู้สึกเข้ากับวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมของตนเอง สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยน่าสนใจ ปลอดภัย ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ อิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลโดยตรง และโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior outcome) ประกอบด้วย ดังนี้

3.1) ความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Commitment to a plan of action) คือ กระบวนการรู้คิดของบุคคล ประกอบด้วย ความตั้งใจ ความชัดเจน ซึ่งจะเป็นแรงเสริมทางบวกให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นหรือพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2) ความจำเป็นอื่น และความชอบ (Immediate competing demands and preferences) คือ พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ พฤติกรรมตามความจำเป็นนั้น เป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือการควบคุมหรือควบคุมได้น้อย แต่ความชอบเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้ ดังนั้นความจำเป็นอื่น และความชอบจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลระดับกลางต่อความมุ่งมั่นในแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2.1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึง ความตระหนักต่อสุขภาพของตนเอง การเอาใจใส่ โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆของร่างกาย และการรับบริการหรือขอคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

3.2.2) กิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการกระทำใดๆ ที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และเป็นประจำ เช่น การทำงานบ้าน ทำสวน การขึ้นลงบันได การเดิน การขี่จักรยาน การเคลื่อนไหวของร่างกายจากการทำงาน รวมทั้งการออกกำลังกาย

3.2.3) โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และได้คุณค่าทางโภชนาการ

3.2.4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น มีการให้ และการรับการยอมรับ การให้เกียรติซึ่งกัน และกัน รวมทั้งการปรึกษาหารือร่วมกันแก้ไขปัญหาร่วมกันของบุคคล

3.2.5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมาย มีความรัก ความจริงใจต่อบุคคลอื่น ความสงบ และพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยให้ตนเอง และบุคคลอื่นประสบความสำเร็จ เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต การให้อภัย และความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย

3.2.6) การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงการจัดการความเครียดของบุคคล กิจกรรมคลายเครียด กิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

### 5.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นั้นย่อมส่งผลต่อการการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุที่พักในอาคารสูงจึงควรมีความเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบท และสภาพความเป็นอยู่จริงที่เปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับการส่งเสริมให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งนี้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (2002) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

#### 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงถึงความเอาใจใส่ ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีการศึกษาแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การ



สังเกตอาการผิดปกติตนเอง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มชา กาแฟ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีนเมา การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี รวมทั้งการขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีการซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ศนิดา ภิญโญ, 2552) แตกต่างจากการศึกษาของ ศิตางค์ เหลียวรุ่งเรือง (2553) พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่สบายจะไปพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 49.1 มีการไปตรวจตามแพทย์นัด คิดเป็นร้อยละ 15.68 และมีการไปตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 13.72 นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดื่มกาแฟ ชา โอเลี้ยง คิดเป็นร้อยละ 24.3 (ทวีศิลป์ ศรีอักษร, 2551) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และมีการดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือของมีนเมา (Parikh et al, 2009)

## 2) กิจกรรมทางกาย (Physical activity)

กิจกรรมทางกายเป็นพฤติกรรมของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อและโครงกระดูกทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน รวมทั้งการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายควรทำเป็นประจำสม่ำเสมอ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยใช้ระยะเวลาครั้งละ 20-60 นาทีต่อครั้ง หรือ 30 นาทีต่อวัน (อัจฉรา ปุราคม, 2558) จะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จิตใจสดชื่น ปลอดภัย รู้สึกผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวล และลดอาการซึมเศร้าได้ (Sarid et al., 2010) จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง พบว่า ผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่ทำกิจกรรมภายในห้องพัก ซึ่งเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.7 (จิระภา ศรีคำ, 2545; จารุวรรณ จินดานิล, 2547) จากการศึกษาของ สุธาสนิ สุตแสน (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถลงมาทำกิจกรรมข้างล่างอาคารได้ มีการออกกำลังกาย เล่นกีฬาเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 51.2 แตกต่างจากการศึกษาของ ศนิดา ภิญโญ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเพียง 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง

## 3) โภชนาการ (Nutrition)

การรับประทานอาหารเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุควรมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ ได้รับพลังงานเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะเริ่มมีความอยากอาหารลดลง การบดเคี้ยวอาหาร การรับรสที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร รวมทั้งปัจจัยทางด้านพันธุกรรม จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนด้านสิ่งแวดล้อมยังมีผลต่อการพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ (Pender, 2002) จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ มีการดื่มกาแฟ มีการเลือกรับประทานอาหารชีวจิต นม

ผลไม้ หรือธัญพืช (จารุวรรณ จินดาณิล, 2547) ผู้สูงอายุมีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารขายปลีก มีการสั่งอาหารจานด่วนมารับประทานหรือมีการประกอบอาหารรับประทานเองเป็นบางมื้อ (Karupaiah et al., 2013; สุจิตรา จิระวาณิชกุล, 2556)

#### 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation)

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น มีการให้ และการรับ การยอมรับให้เกียรติกัน และกัน มีการปรึกษาหารือ และร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในด้านต่างๆ จากการศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ลูกหลาน และผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 11.4 มีการช่วยเหลือพึ่งพากันกับเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 31.4 และมีกิจกรรมพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.1 (จิระภา ศรีคำ, 2545) จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมในครอบครัว การพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนบ้าน แสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุ แตกต่างจากการศึกษาของ สนิตา ภิญโญ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุมีความสนิทสนมกับเพื่อนบ้านเพียงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 22 หรือไม่เคยรู้จักกับเพื่อนบ้าน (สุจิตรา จิระวาณิชกุล, 2556) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Evans et al., (2003) พบว่า ผู้พักอาศัยในอาคารสูงมีการพูดคุยกับบุคคลภายนอกลดลง และมีโอกาสเกิดได้มากขึ้นกับผู้พักอาศัยในชั้นที่มีระดับความสูงขึ้น

#### 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth)

การพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงถึงความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรัก และความจริงใจต่อผู้อื่น มีความสงบ และพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเอง และบุคคลอื่นให้ประสบผลสำเร็จ มีความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย การให้อภัย (ประกาย จิโรจน์, 2556) เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาศบุคคลอื่นมากขึ้น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น และมีการมองโลกในแง่ดี จากการศึกษาของ สุธาสิณี สุดแสน (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักในอาคารสูงบางส่วนไม่เคยได้ไปร่วมกิจกรรมศาสนา เช่น ไปวัด ไปโบสถ์ หรือได้พบปะลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 4.7 รู้สึกเหงา คิดเป็นร้อยละ 33.65 ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดที่พึ่งทางใจ และกลัวการถูกทอดทิ้ง

#### 6) การจัดการกับความเครียด (Stress management)

ความเครียดเป็นสภาวะการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การจัดการกับความเครียดจึงเป็นการกระทำเพื่อให้บุคคลรู้สึกผ่อนคลาย

คลาย และมีการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย จะช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อน ช่วยปรับสมดุลของร่างกาย และจิตใจ โดยเป้าหมายการจัดการความเครียด ไม่ใช่การระงับหรือการหลีกเลี่ยงเน้นการจัดการกับอารมณ์ ทั้งยังเป็นการช่วยทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม (ประนอม โอทกานนท์, 2554) ตามแนวคิดของ Pender (2002) ได้แนะนำวิธีการจัดการความเครียดไว้ 3 วิธี คือ 1) ลดความถี่ของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น 2) เพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และ 3) สร้างสถานการณ์ที่ต้านทานต่อสิ่งเร้าทางร่างกาย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทั้งนี้ในปัจจุบันจากสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปนั้น มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางสังคม ปัญหาจากสภาพเศรษฐกิจ ปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ความไม่ปลอดภัยในการใช้ชีวิต อาจมีผลต่อสภาพจิตใจ และก่อให้เกิดความเครียดให้กับผู้สูงอายุ (วิภาวรรณ ชะอุ่ม เพ็ญสุขสันต์, 2543) จากการศึกษาของ Evans et al., (2003) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองมีการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมได้ยากกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในบ้าน และจากการศึกษาของ Fuller & Sandra (1980) พบว่าการพักอาศัยในอาคารสูงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อหน่าย ว่าเหว่ โดดเดี่ยว เครียด และกลัวการหกล้ม

#### 5.4 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) สร้างจากแนวคิดของ Wallker (1999) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 52 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2002) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 45 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

3) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ แพณนี ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 48 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2002) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด ทั้งนี้เพื่อไม่ทำผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระ และใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามนาน ผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือดังกล่าวเนื่องจากมีข้อคำถามน้อยที่สุด

## 6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้คัดเลือกตัวแปรต้น โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ที่อธิบายว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยหลักอีกหนึ่งปัจจัย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยบางประการเท่านั้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง อธิบายดังนี้

### 6.1 เพศ

เพศเป็นสิ่งแสดงถึงความแตกต่างของความสามารถของร่างกาย เป็นตัวบ่งบอกความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ และความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาของ นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ แตกต่างจากการศึกษาของ กรองทอง อัญญา และคณะ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในด้านการบริโภคอาหาร และด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด แตกต่างจากการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2459) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง และเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษานี้เพศอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

## 6.2 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ด้านบวกที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการรับรู้ประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกตื่นตัวความอ่อนล้า และประโยชน์ภายนอก เช่น รางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม และการรับรู้ประโยชน์ภายในนั้นเป็นแรงจูงใจในการเริ่มต้นที่จะกระทำ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจให้กระทำต่อเนื่อง (ประกาย จิโรจน์, 2556) จากการศึกษาของ สุธาสนี สุดแสน (2549) ที่ศึกษาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารชุดพักอาศัยของเคหะชุมชน พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 50.9 มีการทำกิจกรรมเพื่อจิตใจ เช่น ไปวัด พบปะลูกหลานสัปดาห์ละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.7 จากการศึกษาของ ศนิดา ภิญโญ (2552) พบว่าผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน เช่น ไปเที่ยว ดูหนัง เป็นประจำสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากการศึกษาของ จิระภา ศรีคำ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมพูดคุยกับเพื่อนบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 87.1 จากการศึกษาของ จารุวรรณ จินดานิล (2547) พบว่าผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ มีการเลือกรับประทานอาหารชีวจิต นม ผลไม้ หรือ ธัญพืช จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์การใช้ชีวิต มีกระบวนการรู้คิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ดังนั้น ผู้สูงอายุย่อมจะเข้าใจถึงประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ยาก และสามารถที่จะสร้างแรงจูงใจให้ตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) จากการศึกษาของ ยามีละ ดอแม (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี ( $r = .18, p < .05$ ) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

การศึกษาครั้งนี้ให้ความหมาย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงผลลัพธ์ทางด้านบวก หรืออาจเป็นการคาดคะเนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ทำให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

### 6.2.1 การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) สร้างจากแนวคิดของ Pender (1996) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมี

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ยามีละ ดอแม (2554) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2002) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าว มีการระบุค่าความเที่ยง และค่าความตรงตามเนื้อหาที่ชัดเจนทำให้เครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างได้

### 6.3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นความเชื่อ หรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่คาดการณ์คิดไปเองหรือมีอยู่จริง เช่น ความไม่เหมาะสม ความสะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก ความไม่มีเวลาโดยเฉพาะความตั้งใจเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรม (Stark et al. 2010) จากการศึกษาของ จิระภา ศรีคำ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีปัญหาในการลงมาทำกิจกรรมข้างล่างอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.9 เนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์ในช่วยพยุง จากการศึกษาของ สุธาสินี สุตแสน (2549) พบว่า ผู้สูงอายุมักมีการลงมาทำกิจกรรมข้างล่างอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 28.9 เนื่องจากความไม่สะดวกในการขึ้น-ลงบันได สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ดังเช่น การศึกษาของ ทิพย์วดี พันธภาค (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการ

ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r = .31, p < .01$ ) จากการศึกษาของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารนอกราชการ ( $r = .21, p < .05$ ) ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับระหว่างบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

สำหรับการศึกษานี้ให้ความหมาย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง เกี่ยวกับสิ่งขัดขวาง ความรู้สึกยากลำบาก ความไม่สะดวกสบาย เช่น สถานที่ เวลา ค่าใช้จ่าย สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้ไม่มีโอกาสหรือไม่มีการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน

### 6.3.1 การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ประภา ลิ้มประสูติ และคณะ (2543) สร้างจากแนวคิดของ Pender (1996) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

2) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ นันทริกา เลิศเขมงกุล (2549) สร้างจากแนวคิดของ Pender (1996) ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ และการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมสูง 2) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงอาหาร เครื่องดื่ม สิ่งเสพติด และยาที่มีผลต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุน และ 3) การออกกำลังกายชนิดลงน้ำหนักที่กระดูก จำนวน 23 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 2 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

3) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด จำนวน 18 ข้อ เป็น

มาตรฐานค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าว มีองค์ประกอบของข้อคำถามที่เหมาะสมกับการศึกษานี้ ทั้งยังสามารถนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างได้

#### 6.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)

##### 6.4.1 ความหมาย

Bandura (1977) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจใน ความสามารถของบุคคล ที่จะกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามความคาดหวัง ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง บุคคลนั้นจะมีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงด้วยเช่นกัน

Pender (2002) อธิบายว่า เป็นความเชื่อของบุคคลเกิดจากทักษะ และ ความสามารถของตนเองที่จะกระทำหรือจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จตามคาดหวัง

วัลภา ดันตโยทัย (2543) อธิบายว่า เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นบางอย่างได้สำเร็จ บุคคลใช้กระบวนการทาง ปัญญาพิจารณาตัดสินความสามารถของตนเอง โดยประเมินข้อมูลจากแหล่งต่างๆ

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจ ของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมให้ สำเร็จตามคาดหวัง ที่เกิดจากทักษะ และการตัดสินความสามารถของตนเอง

##### 6.4.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยด้านความเชื่อที่ทำให้บุคคลมั่นใจใน ความสามารถที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถ้า บุคคลตัดสินว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำให้สำเร็จ บุคคลนั้นก็จะเป็นความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเอง (Pender, 2002) จากการศึกษาของ สุธาสิณี สุดแสน (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงที่มีสุขภาพแข็งแรง และสามารถช่วยเหลือตนเองได้จะมีพฤติกรรมการ



ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 51.2 จากการศึกษาของ สุจิตรา จิระวาณิชย์ (2556) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของ จิระภา ศรีคำ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะมีการลงทำ กิจกรรมพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และมีออกกำลังกายเป็นประจำ ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการ เคลื่อนไหวนั้นจะเลือกที่จะทำกิจกรรมภายในห้องพักของตนเอง จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติ พฤติกรรมดังกล่าว น่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งน่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับแนวคิดของ (Pender, 2002) ดังเช่นการศึกษาของ พนัชญา ประดับสุข (2552) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $r = .22, p < .001$ ) ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

สำหรับการศึกษานี้ให้ความหมาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงในความสามารถของตนเอง ต่อ การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ โดยไม่เกี่ยวกับ ความสามารถเดิมที่มีอยู่

#### 6.4.3 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของ นางลักษณ์ ศรีสุจิต (2548) สร้างจากแนวคิดของ Pender (1996) ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ 2) กิจกรรมทางกาย 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และ 4) การจัดการกับความเครียด จำนวน 40 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แพนนี่ ตริวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความ รับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การ พัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด จำนวนข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตรฐาน ประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

3) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุของ เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย (2553) สร้างจากแนวคิดของ Bandura (1997) จำนวน 10 ข้อ เป็นอัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .81 และค่า ความเที่ยงเท่ากับ .82

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แพนนี่ ตริวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด เนื่องจากมีองค์ประกอบของข้อความครบถ้วน ซึ่งตรงกับแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษา

## 6.5 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

### 6.5.1 ความหมาย

Cobb (1976) อธิบายว่า เป็นการได้รับข้อมูลหรือข่าวสารจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสาร และความผูกพันซึ่งกัน และกัน ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับความรัก และได้รับการเอาใจใส่ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า (Esteem support) และ 3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support)

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) อธิบายว่า เป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม และได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เป็นส่วนที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) และ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ (Tangible support)

House (1981) อธิบายว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากบุคคลในสังคม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) สนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) 2) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrument support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support)

Pender (2002) อธิบายว่า การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มบุคคลในระดับสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ สิ่งของ ข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

ประกาย จิโรจน์ (2556) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่เป็นเครือข่ายทางสังคม เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน อาจ

เป็นในรูปของข่าวสาร เงิน กำลังแรง หรือการช่วยทางด้านจิตใจ เป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมาย ที่ผู้ให้ต้องการช่วยเหลือสนับสนุนนั้นทำให้บุคคลเกิดคุณค่าของการเป็นที่ยอมรับ และเกิดความผูกพัน

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือ เอาใจใส่ การได้รับความรักจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเกิด ความรู้สึกมีคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

### 6.5.2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องเห็นคุณค่า จากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) จากการศึกษาของ สุจิตรา จิระวานิชย์กุล (2556) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว พาไปพบแพทย์ตามนัด และพาไปตรวจสุขภาพประจำปี มีการทำกิจกรรมการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน รวมทั้งมีการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชุมชน (จิระภา ศรีคำ, 2545) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องการให้ที่พักอาศัยมีความสะดวกในการเดินทาง อยู่ใกล้โรงพยาบาล วัด โบสถ์ และอยู่ใกล้แหล่งสาธารณูปโภค (ศิตางค์ เหลียวรุ่งเรือง, 2553; ไศรยวีร์ ครุสุวัฒน์, 2556) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุ แต่จากการวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง มีเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ดังเช่น การศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ( $r=.48, p< .05$ ) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

สำหรับการศึกษานี้ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงเกี่ยวกับได้รับการช่วยเหลือ เอาใจใส่ การได้รับความรักจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ช่วยทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงสามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้ ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือการบริการ และ 5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

### 6.5.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ซลธิชา จันทศิริ (2549) สร้างจากแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมรวม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือการบริการ และ 5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 28 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551) สร้างจากแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมรวม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินหรือการบริการ และ 5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .78 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กรรณิการ์ เทพกิจ (2553) สร้างจากแนวคิดของ House (1981) แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ 1) อารมณ์ 2) ข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการประเมินค่า และ 4) ด้านทรัพยากร จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

การศึกษานี้ผู้วิจัยประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ซลธิชา จันทศิริ (2549) สร้างจากแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ และ 5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากตรงกับแนวคิดที่ใช้ในการศึกษามีความครอบคลุมทุกองค์ประกอบ

## 7. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องดูแลรับผิดชอบสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยด้วยเช่นกัน โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเกิดความพอใจในการดำเนินชีวิต โดยมีบทบาท ดังนี้ (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1) การประเมิน และการคัดกรองสุขภาพ โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม และตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง เพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุด การส่งเสริมการดูแลตนเอง การกระตุ้นการเคลื่อนไหวทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตในการดูแลสุขภาพที่ดีตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

2) การทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม การให้ความรู้ และสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีการปรับตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล รวมทั้งตามความเชื่อ ทางสังคม และวัฒนธรรม

3) มีกลวิธีในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ มีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการสร้างคุณค่า สร้างแรงจูงใจ กระตุ้น และสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มในการทำกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก โดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ

4) การดำเนินการโดยใช้กลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มไม่เป็นทางการ จัดกิจกรรมตามสถานที่ต่างๆ ในชุมชน ที่มีการสอดแทรกกิจกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยคนในชุมชนที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงชุมชนอย่างแท้จริง รวมทั้งในการทำหน้าที่เป็นตัวประสานงานระหว่างทีมสุขภาพกับหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อค้นหาปัญหา และวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน

5) การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และการจัดโครงการที่สร้างสรรค์อย่างเป็นระบบ โดยมีการจัดโปรแกรมให้ความรู้ เช่น การเตรียมตัวเกษียณอายุ การผ่อนคลายเพื่อแก้ปัญหาอันไม่หลับ การคัดกรอง ตรวจสุขภาพ ติดตามผล ตลอดจนมีการวางแผนในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

6) การเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือมีข้อจำกัดหรือมีปัญหาเฉพาะ สามารถประเมินสังเกตสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ปัญหาทางสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยง ตลอดจนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

- 7) การรณรงค์ การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ภาคเอกชน หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุกระจายเสียงในชุมชน โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โดยการสอนให้ผู้สูงอายุหรือคนในชุมชนให้ความรับผิดชอบสุขภาพตนเอง
- 8) การจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นการจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล หรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่ทำให้ผู้สูงอายุสะดวก และสามารถมาใช้บริการได้
- 9) การจัดโครงการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ มีการช่วยเหลือซึ่งกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวเกิดความผาสุก
- 10) การทำวิจัย และพัฒนา การส่งเสริมสุขภาพให้เป็นงานระดับกว้างซึ่งเกี่ยวข้องกับสังคม และสุขภาพของสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิต การค้นหารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และการกำหนดวิธีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิระภา ศรีคำ (2545) ศึกษาสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยแบบแฟลต เคหะชุมชนดินแดง 1 และ 2 กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีปัญหาที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน คิดเป็นร้อยละ 10 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอยู่กับคู่สมรสบุตรหลาน หรือเครือญาติ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ในช่วงกลางวันผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวในที่พัก คิดเป็นร้อยละ 34.3 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้จากลูกหลาน และลูกหลานรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันในห้องพัก กิจกรรมยามว่าง คือ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง พูดคุยกับเพื่อนบ้าน การออกกำลังกาย และมีการพังกันกับเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 31.4 เช่น พาไปพบแพทย์ ด้านปัญหาสภาพการใช้สอยของพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาในการขึ้นลงบันได คิดเป็นร้อยละ 47.1 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลงมาทำกิจกรรมใต้อาคารที่พัก

จรรุวรรณ จินตานิล (2547) ศึกษาสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง: กรณีศึกษาอาคารสวางคนิเวศ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ เป็นอาคารพักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุรายได้ปานกลาง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ประจำทำกิจกรรมภายในห้องพักอาศัย โดยเฉลี่ย 15 ชั่วโมงต่อวัน เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่เห็นว่าการออกกำลังกายเป็นผลดีต่อสุขภาพจะมีการปฏิบัติเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ พบว่าผู้สูงอายุบางส่วนไม่เคยพูดคุยกับเพื่อนในอาคารเลย ผู้สูงอายุมีการเลือกทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดความสบายใจ คือ กิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การตักบาตร สวดมนต์ ทำสมาธิ และฟังธรรม เหตุผลที่ผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้เข้าไปทำกิจกรรมในพื้นที่ส่วนกลาง เพราะรู้สึกว่าการทำกิจกรรมบางอย่างสามารถทำ

ภายในห้องพักของตนเองได้ ด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัว ลูกหลานมาดูแล นอกจากนี้ยัง พบว่า ปัญหาของอาคารพักที่อาศัยที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ และบันไดเวียนที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

ปิ่นนเรศ กาศอุตม และ คณะ (2550) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาค ตะวันออก พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการพัฒนาทาง จิตวิญญาณ และด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทาง กาย และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านปัจจัย พบว่า การได้รับการ สนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .68$ , และ  $.59$  ตามลำดับ)

ทิพย์วดี พันธภาค (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มุสลิมโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับ ต่ำ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการ พัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด ยกเว้น ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ระดับปาน กลาง สำหรับด้านปัจจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .49$ ,  $.31$  และ  $.48$  ตามลำดับ)

ศนิดา ภิญโญ (2552) ศึกษาสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารชุด: กรณีศึกษา อาคาร ชุดในแขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วยส่วน ใหญ่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 72 รองลงมา คือ บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน เจ้านายหรือ ลูกน้อง ด้านบริการทางการแพทย์ 24 ชั่วโมง ผู้สูงอายุให้เหตุผลไม่จำเป็นเนื่องจากมีโรงพยาบาลอยู่ ใกล้ที่พัก แต่อยากให้มีร้านขายยาอยู่ภายในโครงการ ด้านกิจกรรมพักผ่อน พบว่า ผู้สูงอายุใช้ ชีวิตประจำวันอยู่ในห้องพัก คิดเป็นร้อยละ 32 ซึ่งกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ คือ ดูโทรทัศน์ อ่าน หนังสือ ทำงานบ้าน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสนิทสนมกับเพื่อนบ้านอยู่ในระดับ น้อย คิดเป็นร้อยละ 22

ศิริวัฒน์ ไชยพะนิจ (2552) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต อำเภอมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ใน ระดับต่ำ สำหรับด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของปัจจัย พบว่า เพศมีผลต่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการกับความเครียด เมื่อเปรียบเทียบความต่างระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ไศรยวีร์ ครูสุวัฒน์ (2556) ศึกษารูปแบบที่อยู่อาศัยในความต้องการของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุใช้เวลาแต่ละวันส่วนใหญ่อยู่ที่บริเวณห้องนอน และห้องนั่งเล่น ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองมีสุขภาพโดยรวมระดับปานกลางเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อยในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา คือ การหกล้ม ตกบันได สาเหตุเกิดจากสะดุดสิ่งของ ซึ่งเป็นบริเวณที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน และบริเวณบันได กิจกรรมเพื่อสุขภาพที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ คือ การออกกำลังกาย การวิ่งเหยาะๆ เดินเร็วๆ สถานที่ออกกำลังกายที่ใช้เป็นประจำ คือ สวนสาธารณะ ลานบ้าน หรือในอาคารที่พัก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องการให้ที่พักอาศัยมีความสบาย สะดวกในการเดินทาง ความปลอดภัย และมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

สุจิตรา จิระวาณิชกุล (2556) ศึกษาพฤติกรรมและสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารชุดที่ออกแบบเพื่อผู้สูงอายุ กรณีศึกษา สว่างคนิเวศ จ. สมุทรปราการ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีจุดประสงค์ของการเข้ามาเพื่อต้องการพักผ่อน จึงใช้ส่วนใหญ่อยู่ภายในห้องพัก ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรู้จักกันค่อนข้างน้อย หรือไม่เคยรู้จักกัน ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ มีการสั่งอาหารมารับประทาน หรือมีการทำอาหารกันเองแบบง่ายๆ ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีการไปตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และมีบุคคลในครอบครัวช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

ศิริณา ทองแดง (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 197 คน โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการออกกำลังกาย และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี สำหรับด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของปัจจัย พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ( $r = .287$  และ  $r = .399$  ตามลำดับ) ในส่วนของปัจจัย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี โดยศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการเป็นพฤติกรรมที่ดีที่สุด รองลงมา คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการออกกำลังกาย ตามลำดับ ในส่วนของปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศต่างก็มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบความต่างระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

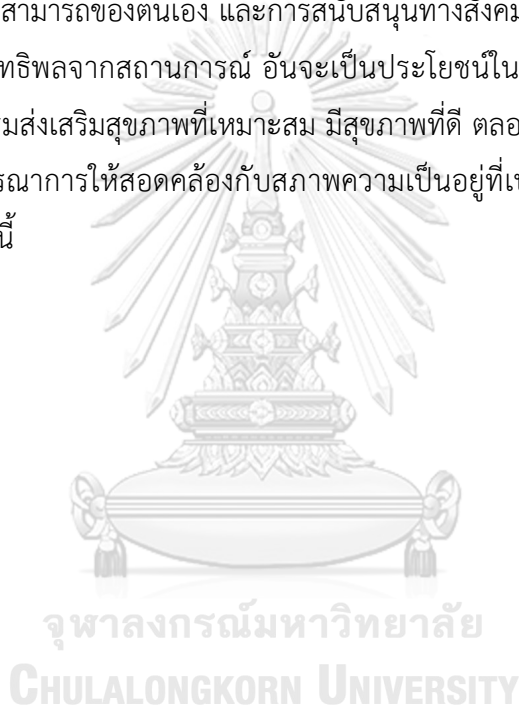
Fuller & Larson (1980) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาจากโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียด ว่าเหว่สูงจากปัญหาโรคประจำตัว และปัญหาจากการขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอก ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลรู้สึกว่าตนเองมีการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมได้ลำบากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านซึ่งผลต่อสภาพจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

Evans et al. (2003) ศึกษาลักษณะของการอยู่อาศัย และสุขภาพจิตของผู้พักในอาคารสูง จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษา พบว่า ขนาดพื้นที่ของการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการอยู่อาศัย อีกทั้งลักษณะของการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต สำหรับในกลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในอาคารสูง พบว่า จากลักษณะทางกายภาพของอาคารที่มีการแบ่งเป็นห้องๆ ทำให้ผู้พักอาศัยมีจะพฤติกรรมแยกตัว ว่าเหว่ และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านสูงขึ้น รวมทั้งลักษณะของการออกแบบอาคารที่พักอาศัยยังมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีพื้นที่ส่วนกลาง และการมีสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นต้น ด้านความปลอดภัย พบว่า ผู้พักอาศัยบางส่วนกลัวการถูกทำร้ายเพราะต้องใช้ทางเดินร่วมกันทำให้ผู้พักอาศัยคนอื่นๆ ทำให้รู้สึกไม่ยอมออกมานอกห้องซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม

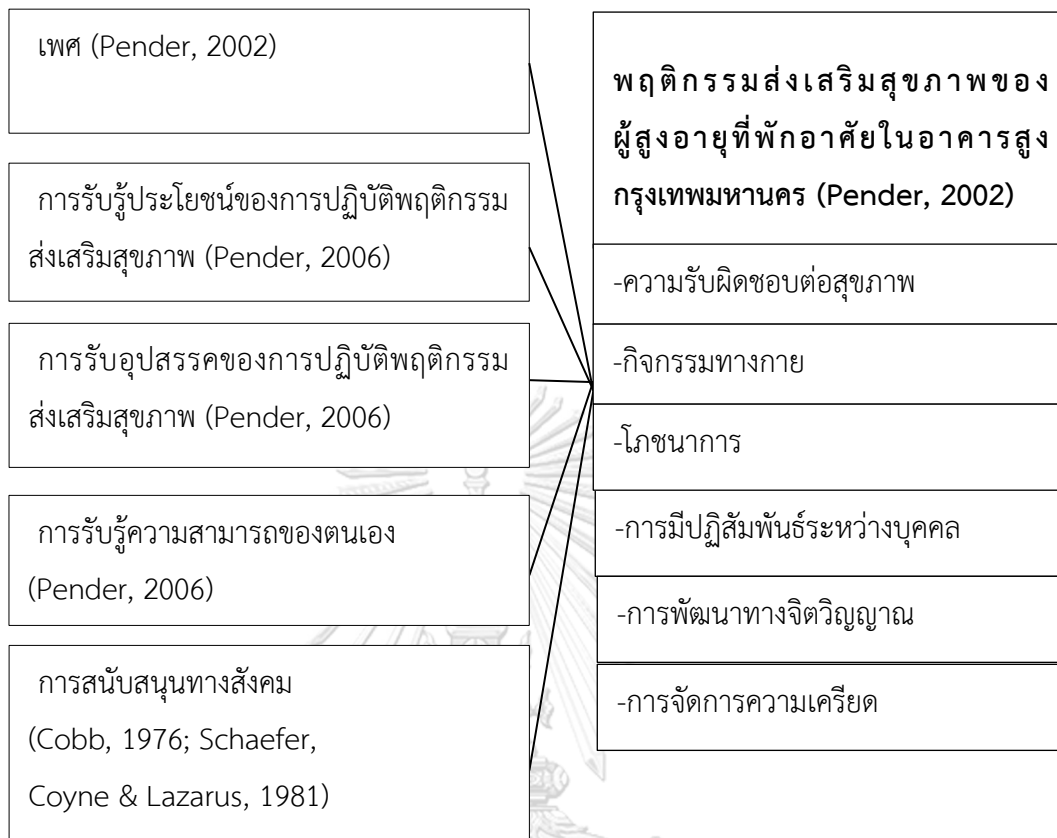
Parikh et al. (2009) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีนที่อาศัยอยู่ในเมืองนิวยอร์ก ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาของการอาศัยอยู่ในเมืองที่นานกว่าจะมีพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาอาศัยน้อยกว่าเนื่องจากไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจที่เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และพฤติกรรมบางส่วน ซึ่งในส่วนขององค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักในอาคารสูงที่มี

ลักษณะเฉพาะ และยังไม่พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอะไรบางอย่างที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุได้ โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ที่เป็นตัวบ่งบอกความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ และความเอาใจใส่การดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้สึกลึกซึ้งที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ อันจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม มีสุขภาพที่ดี ตลอดจนมีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยมีการบูรณาการให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นที่มาของกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



## 8. กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ตามโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชาย และหญิงที่พักอาศัยในอาคารสูง ตามโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ คือ ผู้สูงอายุในชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตร Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้  $N = 10k + 50$  (N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, k คือ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้  $N = (10 \times 6) + 50 = 110$  เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นการวิจัยนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 117 คน

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกที่พักอาศัยในอาคารสูงตามโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ออกมาได้ 3 แห่ง ได้แก่ ชุมชนเทพประทาน ชุมชนสามยอด และชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ซึ่งสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์มีความสะดวก และยินดีให้ผู้วิจัยศึกษาในชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 แบบเจาะจง โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชาย และหญิง

- 2) มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารเข้าใจ
- 3) มีความสนใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

### ลักษณะของเครื่องมือ

แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ชั้นที่พักอาศัย ระยะเวลาที่พักอาศัย สถานภาพ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัยปัจจุบันพักอยู่กับ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว เป็นแบบสอบถามให้เลือกคำตอบ จำนวน 12 ข้อ

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2002) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด รวมทั้งหมดจำนวน 41 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะด้านบวก จำนวน 37 ข้อ และข้อความที่มีลักษณะด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15 ,16 ,17 ,18 และ 36 โดยปรับข้อความให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	จำนวน	6	ข้อ	ข้อที่	1-6
2) กิจกรรมทางกาย	จำนวน	4	ข้อ	ข้อที่	7-10
3) โภชนาการ	จำนวน	8	ข้อ	ข้อที่	11-18
4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	จำนวน	7	ข้อ	ข้อที่	19-25

5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	จำนวน	8	ข้อ	ข้อที่	26-33
6) การจัดการกับความเครียด	จำนวน	8	ข้อ	ข้อที่	34-41

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 41-164 คะแนน โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย และเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ความหมาย

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำทุกวัน หรือ 6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บ่อย หรือปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือปฏิบัติ 2-3วัน/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

เกณฑ์ให้คะแนน

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด หากค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน โดยใช้คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนจะอยู่ในช่วง 1-4 ซึ่งกำหนดการแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ และให้การแปลความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	การแปลความหมาย
1.00-1.60	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก
1.61-2.20	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
2.21-2.80	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
2.81-3.40	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
3.41-4.00	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวก จำนวน 10 ข้อ โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 10-50 คะแนน โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย และเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5
เห็นด้วย	เห็นด้วยกับข้อความนั้น	4
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	3
ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน โดยใช้คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนจะอยู่ในช่วง 1-5 ซึ่งกำหนดการแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ และให้การแปลความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	การแปลความหมาย
1.00-1.49	มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50-2.49	มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
4.50-5.00	มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ แพนนี ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะด้านลบ จำนวน 12 ข้อ โดยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 12-60 คะแนน โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย และเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	1
เห็นด้วย	เห็นด้วยกับข้อความนั้น	2
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	3
ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5

เกณฑ์การแปลผลการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากค่าเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน โดยใช้คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนจะอยู่ในช่วง 1-5 ซึ่งกำหนดการแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ และให้การแปลความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรณสูต, 2542)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	การแปลความหมาย
1.00-1.49	มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50-2.49	มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
4.50-5.00	มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก



**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง** ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) สร้างจากแนวคิดของ Pender (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวก จำนวน 12 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 12-60 คะแนน โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย และเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5
เห็นด้วย	เห็นด้วยกับข้อความนั้น	4
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	3
ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	1

เกณฑ์การแปลผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง หาค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน โดยใช้คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนจะอยู่ในช่วง 1-5 ซึ่งกำหนดการแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ และให้การแปลความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	การแปลความหมาย
1.00-1.49	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50-2.49	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับระดับปานกลาง
3.50-4.49	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง
4.50-5.00	มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูงมาก

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** ผู้วิจัยนำมาปรับใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) สร้างจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวก จำนวน 21 ข้อ ดังนี้

1) ด้านอารมณ์	จำนวน	4	ข้อ
2) ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า	จำนวน	4	ข้อ
3) ด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	จำนวน	4	ข้อ
4) ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ	จำนวน	5	ข้อ
5) ด้านข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	4	ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนรวมระหว่าง 21-105 คะแนน โดยแต่ละคำตอบมีความหมายและเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5
เห็นด้วย	เห็นด้วยกับข้อความนั้น	4
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	3
ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	1

เกณฑ์การแปลผลการสนับสนุนทางสังคม หาค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน โดยใช้คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนจะอยู่ในช่วง 1-5 ซึ่งกำหนดการแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ และให้การแปลความหมาย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

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

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบภาษา ไวยากรณ์ ความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมทั้งเนื้อหา และโครงสร้าง

1.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับแก้แล้วนำไปส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านงานผู้สูงอายุในชุมชน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็น ดังนี้ ครอบคลุมเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบ และภาษาให้มีความเหมาะสม

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้อง และยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำมารวมความถูกต้องของการวัด และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2010) ซึ่งได้ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา จำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 3 เพิ่มคำในวงเล็บ ระบุชั้นที่พัก

ข้อ 6 ปรับข้อคำถามเป็น ข้อ 3) มัธยมศึกษาตอนต้น ข้อ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และข้อ 7) อื่นๆ โปรดระบุ.....

ข้อ 7 เพิ่มคำในวงเล็บ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อ 10 ปรับข้อคำถามเป็น การอยู่อาศัยปัจจุบันท่านพักอยู่กับ โดยเพิ่มคำในวงเล็บ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อ 11 เพิ่มคำในวงเล็บ นับรวมผู้สูงอายุ

ข้อคำถามเดิม

จำนวน

13

ข้อ

ปรับข้อความ	จำนวน	5	ข้อ
ตัดข้อความ	จำนวน	1	ข้อ
รวมข้อความที่สมบูรณ์	จำนวน	12	ข้อ

หลังจากปรับแก้ข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2010) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ค่า CVI เท่ากับ .95 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับแก้ข้อความตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

- ข้อ 1 เพิ่ม หรือจากสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพในปัจจุบัน
- ข้อ 3 เพิ่ม หรือค้นหาจากสื่อออนไลน์ในเรื่องสุขภาพ
- ข้อ 4 ปรับข้อความเป็น รีบไปรับการรักษา
- ข้อ 5 ปรับข้อความเป็น ตามแพทย์นัดทุกครั้ง
- ข้อ 7 เพิ่ม อย่างน้อย 30 นาที ตัดคำ ภายบริหารครึ่งละ 20 นาที และให้เพิ่มการยกตัวอย่าง เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ใช้เวลาครึ่งละ 30 นาทีขึ้นไป
- ข้อ 8 เพิ่ม และเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายท่านค่อยๆ ลดแรงลงทีละน้อย โดยไม่หยุดออกกำลังกายทันที
- ข้อ 10 ปรับข้อความเป็น มีการออกกำลังกายสะสมในช่วงเวลา 1 วัน รวมกันมากกว่า 30 นาที และให้ยกตัวอย่าง เช่น รีดผ้า ทำความสะอาด การยืดเหยียดร่างกาย
- ข้อ 11 ปรับข้อความเป็น สารอาหาร
- ข้อ 16 และข้อ 20 เพิ่ม เป็นประจำ
- ข้อ 18 ตัด โกโก้
- ข้อ 19 ปรับข้อความเป็น พุดคุยปรึกษาหารือกับบุคคลในครอบครัว และญาติเป็นประจำสม่ำเสมอ
- ข้อ 20 เพิ่ม ได้รับความรัก
- ข้อ 22 ปรับข้อความเป็น ได้รับการช่วยเหลือเมื่อร้องขอจากเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ท่านไว้วางใจ

ข้อ 23 ปรับข้อความเป็น บุคคลอื่น และเพิ่ม อยู่เสมอ

ข้อ 24 ปรับข้อความเป็น ท่านไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ นอกสถานที่ และเพิ่ม กับญาติ/  
เพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอ

ข้อ 25 เพิ่ม เป็นประจำ

ข้อ 27 ตัด ไป และเพิ่ม ช่วยเหลือตนเอง และทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้

ข้อ 28 เพิ่ม ท่าน

ข้อ 30 ตัด จะดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และสามารถ

ข้อ 31 เพิ่ม อย่างสม่ำเสมอ

ข้อ 32 ตัด กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และเพิ่ม ตามที่ตั้งไว้

ข้อ 35 เพิ่ม ได้เป็นอย่างดี

ข้อ 38 ตัด พยายาม

ข้อ 40 ให้ยกตัวอย่างเพิ่มเป็น เช่น การหายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ การออกกำลังกาย การหา  
งานอดิเรกทำ หรือออกไปเที่ยว

ข้อ 41 ตัด พยายาม

ข้อความเดิม	จำนวน	45	ข้อ
ปรับข้อความ	จำนวน	25	ข้อ
ตัดข้อความ	จำนวน	4	ข้อ
รวมข้อความที่สมบูรณ์	จำนวน	41	ข้อ

หลังจากปรับแก้ข้อความข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบสอบถามพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 41 ข้อ

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไป  
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการ  
พิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหา  
ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2010) ซึ่ง  
แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0  
จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับแก้ข้อความตามคำแนะนำจาก  
ผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อความเป็น การได้ปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางทีมสุขภาพทำให้ท่านมี  
สุขภาพดี

ข้อ 4 ปรับข้อความคำถามเป็น ผลไม้ทำให้ท้องไม่ผูก

ข้อ 6 ปรับข้อความคำถามเป็น การพบปะผู้อื่นหรือการเข้าร่วมทำกิจกรรมในอาคารที่พักอาศัย หรือเป็นสมาชิกชมรม ทำให้ไม่เหงา ว้าเหว่

ข้อ 8 ปรับข้อความคำถามเป็น สุขภาพจิตที่ดี

ข้อ 9 ปรับข้อความคำถามเป็น ช่วยลดความเครียดได้

ข้อ 10 ปรับข้อความคำถามเป็น ทำให้ท่านดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น

ข้อความคำถามเดิม	จำนวน	14	ข้อ
ปรับข้อความคำถาม	จำนวน	6	ข้อ
ตัดข้อความคำถาม	จำนวน	3	ข้อ
รวมข้อความคำถามที่สมบูรณ์	จำนวน	10	ข้อ

หลังจากปรับแก้ข้อความคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2010) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่า CVI เท่ากับ .87 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับแก้ข้อความคำถามตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 2 ปรับข้อความคำถามเป็น พบสิ่งผิดปกติ และ เรื่องที่จะทำ เป็น เรื่องยุ่งยากสำหรับท่าน

ข้อ 3 ปรับข้อความคำถามเป็น เมื่อเข้าไปร่วมกิจกรรมทางสังคม

ข้อ 5 เพิ่ม กิจกรรมนอกที่พักอาศัย

ข้อ 8 เพิ่ม ในการทำหรือปรุงอาหาร

ข้อความคำถามเดิม	จำนวน	15	ข้อ
ปรับข้อความคำถาม	จำนวน	4	ข้อ
ตัดข้อความคำถาม	จำนวน	3	ข้อ
รวมข้อความคำถามที่สมบูรณ์	จำนวน	12	ข้อ

หลังจากปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2010) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ค่า CVI เท่ากับ .97 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อคำถามเป็น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีอยู่รอบตัวถ้าตั้งใจ และสนใจจริง

ข้อ 3 ปรับข้อคำถามเป็น สามารถออกมาทำกิจกรรมนอกห้องพัก

ข้อ 8 ปรับข้อคำถามเป็น สามารถทำความรู้จักหรือพูดคุยกับบุคคลที่ท่านไม่เคยรู้จักมาก่อน  
ได้

ข้อที่ 11 ปรับข้อคำถามเป็น วิธีการจัดการกับความเครียดเมื่อเกิดขึ้นกับตัวท่าน

ข้อคำถามเดิม	จำนวน	17	ข้อ
ปรับข้อคำถาม	จำนวน	4	ข้อ
ตัดข้อคำถาม	จำนวน	5	ข้อ
รวมข้อคำถามที่สมบูรณ์	จำนวน	12	ข้อ

หลังจากปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ

### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ทำการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2010) ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 เพิ่ม ได้รับความ ความห่วงใย จากบุคคลในครอบครัว

ข้อ 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15 และข้อ 19 ปรับแก้ บุคคลใกล้เคียง เป็น บุคคลในครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ข้อ 5 ตัด บุคคลใกล้เคียง

ข้อ 16 และข้อ 20 ปรับแก้ บุคคลใกล้เคียง เป็นบุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เป็นบุคคลอื่น เพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ข้อคำถามเดิม	จำนวน	28	ข้อ
ปรับข้อคำถาม	จำนวน	16	ข้อ
ตัดข้อคำถาม	จำนวน	7	ข้อ
รวมข้อคำถามที่สมบูรณ์	จำนวน	21	ข้อ

หลังจากปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ

## 2. ความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุพักที่อาศัยในอาคารสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ คือ ชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (Burns & Grove, 2001) จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbarch's Alpha Coefficient) ซึ่งใช้เกณฑ์คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2010)

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbarch's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง กลุ่มทดลอง (n=30)
1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.88
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.88
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.80
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.85
5. การสนับสนุนทางสังคม	.95



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ค่าความเที่ยง กลุ่มทดลอง (n=30)
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.91
ด้านกิจกรรมทางกาย	.91
ด้านโภชนาการ	.50
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.82
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.89
ด้านการจัดการกับความเครียด	.71
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	.88

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	ค่าความเที่ยง กลุ่มทดลอง (n=30)
ด้านอารมณ์	.88
ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า	.96
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.84
ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ	.85
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.81
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.95

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน และการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 1 คน กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 3 ปี โดยอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนที่ผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง ผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามถูกต้องตรงกับผู้วิจัย

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถึงสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

1.3 ภายหลังจากได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2560 โครงการวิจัยที่ 168.1/60 หนังสืออนุมัติ COA No. 211/2560 จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน กองโครงการชุมชน สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยรายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อประสานงานเพื่อแนะนำตนเองกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่ศึกษา โดยผ่านการแนะนำจากหัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน กองโครงการชุมชน สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยกันทุกครั้ง โดยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่ศึกษาของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์เพื่อขอทราบรายชื่อ และจำนวนของผู้นำชุมชนในอาคารสูง โดยทางเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่ศึกษาทำการนัดหมายให้ผู้วิจัยได้พบกับผู้นำชุมชนในอาคารสูง จากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยขอรายชื่อ และจำนวนผู้สูงอายุที่พักในอาคารสูงทั้งหมดจากผู้นำชุมชนเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัย และ

ผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกให้กับผู้นำชุมชนในอาคารสูง และจะโทรศัพท์ติดต่อผู้นำชุมชนในอาคารสูงเพื่อทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการลงเก็บข้อมูล

2.3 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้นำชุมชนในอาคารสูง และกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการเก็บข้อมูล ลักษณะแบบสอบถาม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามพร้อมตอบข้อสงสัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยแจกเอกสารข้อมูลของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างไว้อ่านเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลในการตัดสินใจได้อย่างอิสระ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีจะนัดหมายเก็บข้อมูลอีกครั้ง

2.4 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยทบทวนความเข้าใจขั้นตอนงานวิจัยอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมให้สำเนายินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง 1 ชุด จึงเริ่มเก็บข้อมูล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก และสามารถเดินได้เอง ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจะทำการนัดหมายที่ลานกิจกรรมของชุมชน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกหรือไม่สามารถเดินได้ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตผู้นำชุมชนในอาคารสูงให้พาไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่าน หรือเขียนหนังสือได้ หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจะอ่านรายละเอียดเอกสารของข้อมูลโครงการวิจัยให้ฟัง ซึ่งใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจะขอให้ตอบเลยแล้วผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจะรอรับกลับหรือจะขอมารับภายหลังในระยะเวลา 1 สัปดาห์

2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งหมด

2.6 ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 13 พฤศจิกายน 2560 ถึงวันที่ 21 มกราคม 2561 รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์

2.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2560 โครงการวิจัยที่ 168.1/60 หนังสืออนุมัติ COA No. 211/2560 ซึ่งผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ซึ่งไม่มีผลใดๆ ต่อกกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยถือเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทน ชื่อ นามสกุล ที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และจะถูกทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ในบางข้อคำถาม อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดตอบได้ทันที โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย คือ ยินดีตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบถ้วน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่อาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553)

$r = 1.00$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r$ มีค่าระหว่าง $.30-.70$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r < .30$	หมายถึง	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายถึง	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารชุมชน 26-7 สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นที่พักอาศัย ระยะเวลาที่พักอาศัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัยปัจจุบันพักอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่พักอาศัย สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของ รายได้ การอยู่อาศัยปัจจุบันพักอยู่กับ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และโรคประจำตัว

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 117)	ร้อยละ
<b>อายุ</b> ( $\bar{X}$ =67.50 ,Max= 88 ,Min=60 ,SD= 6.777)		
60-69 ปี	68	58.1
70-79 ปี	40	34.2
≥80 ปี	9	7.7
<b>เพศ</b>		
หญิง	62	47
ชาย	55	53
<b>ชั้นที่พักอาศัย</b>		
ชั้นที่ 1-8	26	56.4
ชั้นที่ 9-18	66	22.2
ชั้นที่ 19-26	25	21.4
<b>ระยะเวลาที่พักอาศัย</b>		
1-7 ปี	8	6.8
8-14 ปี	15	12.8
มากกว่า 14 ปี	94	80.4
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	66	56.4
หม้าย	37	31.6
โสด	8	6.8
หย่าร้าง	5	4.3
แยกกันอยู่	1	0.9

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 117)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	21	17.9
ประถมศึกษา	82	70.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	5.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	5.1
ปวส./อนุปริญญา	1	0.9
ปริญญาตรี	1	0.9
<b>แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
เบี้ยยังชีพ	98	83.3
บุตร	57	48.7
การทำงานของท่านเอง	47	40.2
คู่สมรส	10	8.5
เงินบำเหน็จ บำนาญ	4	3.4
เบี้ยผู้พิการ	4	3.4
ดอกเบี้ยเงินออม	3	2.6
ญาติ	2	1.7
<b>รายได้ (บาท)</b>		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000	30	25.6
2,000-5,000	47	40.2
5,001-10,000	21	17.9
10,001-20,000	16	13.7
มากกว่า 20,000	3	2.6
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	77	65.8
เพียงพอ	40	34.2



ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 117)	ร้อยละ
<b>การอยู่อาศัยปัจจุบันพักอยู่กับ</b>		
คู่สมรส และบุตร	40	34.2
บุตร	31	26.5
คู่สมรส	23	19.7
อยู่ตามลำพัง	14	12.0
ญาติ	9	7.6
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว (นับรวมผู้สูงอายุ)</b>		
1 คน	14	12.0
2-5 คน	89	76.0
6-9 คน	14	12.0
<b>โรคประจำตัว</b>		
มี	75	64.1
ไม่มี	32	27.4
ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ	10	8.5
<b>โรคประจำตัวที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)</b>		
ความดันโลหิตสูง	58	49.6
เบาหวาน	31	26.5
ไขมันในเลือดสูง	24	20.5
หลอดเลือดสมอง	13	11.1
หัวใจ	10	8.5
ตา	9	7.7
ระบบทางเดินหายใจ	5	4.3
ไตเรื้อรัง	4	3.4
กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ	4	3.4
มะเร็ง	2	1.7

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีอายุเฉลี่ย 60.57 ปี อายุมากที่สุด 88 ปีอายุน้อยที่สุด 60 ปี โดยมีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62 มีการพักอาศัยชั้นที่ 9-18 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66 มีระยะเวลาพักอาศัยมากกว่า 14 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.3 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66 มีระดับการศึกษา คือ ชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.1 แหล่งที่มาของรายได้ คือ เบี้ยยังชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98 ส่วนใหญ่มีรายได้ 2,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47 ความเพียงพอรายได้ คือ ไม่เพียงพอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77 มีการพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน คิดเป็นร้อยละ 89 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 49.6

## ตอนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร (n=117)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.36	.39	สูง
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.10	.35	สูง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.05	.59	สูง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.04	.77	สูง
ด้านโภชนาการ	2.80	.46	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางกาย	2.79	.93	ปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (Min=2.27, Max=3.76)	3.05	.32	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.05) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.36) รองลงมา คือ ด้านการ

จัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.10$ ) สำหรับด้านที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด คือ ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.79$ )

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ยอมรับว่าการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้	3.70	.51	สูงมาก
2. ยึดมั่นในคำสอนของศาสนา และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา อย่างสม่ำเสมอ	3.46	.64	สูงมาก
3. ยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การใช้ชีวิตที่เร่งรีบในเมือง การต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพื่อให้ลูกหลานไปทำงาน	3.45	.53	สูงมาก
4. เตรียมพร้อมที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต	3.28	.52	สูง
5. แสวงหา และปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข	3.26	.54	สูง
6. ปฏิบัติตนเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของชีวิตตามที่ตั้งไว้	3.26	.54	สูง
7. ใช้สติในการพิจารณาเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น	3.26	.53	สูง
8. มีการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้	3.23	.51	สูง
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณโดยรวม (Min=2.13, Max=4)	3.36	.39	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.36$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ยอมรับว่าการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้อยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}=3.70$ ) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเอง และทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.23$ )

**ตารางที่ 7** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการจัดการความเครียด โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียด	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. มองโลก เหตุการณ์ และผู้อื่นในแง่ดี	3.44	.49	สูงมาก
2. หลีกเลี่ยงการทะเลาะ หรือมีปากเสียงกับบุคคลอื่น	3.29	.70	สูง
3. เมื่อรู้สึกตึงเครียด มีวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจ เข้าออกช้าๆ ลึกๆ การออกกำลังกาย การหางานอดิเรกทำ ออกไปเที่ยว ฯลฯ	3.24	.55	สูง
4. สามารถคิดหาสาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้เป็นอย่างดี	3.19	.56	สูง
5. มีการบอกกับตนเองปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขได้	3.18	.53	สูง
6. ทำจิตใจให้สบายๆ ไม่มิโห และหงุดหงิดง่าย	3.13	.70	สูง
7. เมื่อไม่สบายใจจะพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ ไว้วางใจ	2.85	.77	สูง
8. มีการไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้	2.53	.74	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียดโดยรวม (Min=2.13, Max=4)	3.10	.35	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.10) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มองโลก เหตุการณ์ และผู้อื่นในแง่ดีอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}$ =3.44) รองลงมา คือ หลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือมีปากเสียงกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.29) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีการไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.53)

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b>			
1. ได้ให้และได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว	3.24	.69	สูง
2. รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม	3.17	.63	สูง
3. พุดคุยปรึกษาหารือกับบุคคลในครอบครัว และญาติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ	3.10	.81	สูง
4. ได้รับความช่วยเหลือเมื่อร้องขอจากเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ไว้ใจ	3.08	.73	สูง
5. พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับบุคคลอื่นอยู่เสมอ	3.04	.81	สูง
6. ร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในอาคารที่พักอาศัย หรือในชุมชนเป็นประจำ	2.95	.99	สูง
7. เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ นอกสถานที่กับญาติ เพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทำบุญ ไปเที่ยว	2.74	.95	ปานกลาง
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวม (Min=1.86, Max=4)	3.05	.59	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.05$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้ให้ และได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.24$ ) รองลงมา คือ รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตามอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.17$ ) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ นอกสถานที่กับญาติ เพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทำบุญ ไปเที่ยวอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.74$ )

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>			
1. ไปรับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง	3.14	1.16	สูง
2. เอาใจใส่คอยสังเกตอาการผิดปกติ ตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	3.11	.73	สูง
3. รับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง	3.09	1.16	สูง
4. เมื่อเจ็บป่วยรีบไปรับการรักษาไม่ปล่อยให้อาการของโรครุนแรง	3.09	.91	สูง
5. สอบถามแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือค้นหาจากสื่อออนไลน์ในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วย	2.91	.98	สูง
6. ติดตามข่าว อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์หรือจากสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	2.90	.90	สูง
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวม (Min=1.33, Max=4)	3.04	.77	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.04) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ไปรับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.14) รองลงมาคือ เอาใจใส่คอยสังเกตอาการผิดปกติ ตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.11) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ติดตามข่าว อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์หรือจากสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =2.90)

**ตารางที่ 10** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านโภชนาการ โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ไม่สูบบุหรี่	3.61	.98	สูงมาก
2. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.52	.98	สูงมาก
3. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น อาหารประเภทต้ม นึ่ง มากกว่าอาหารประเภทผัดและทอด	2.95	.78	สูง
4. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	2.75	1.17	ปานกลาง
5. รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่	2.69	.89	ปานกลาง
6. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด	2.46	.98	ปานกลาง
7. ไม่ดื่มน้ำชา กาแฟ โอเลี้ยง หรือน้ำอัดลม	2.43	1.31	ปานกลาง
8. หลีกเลี่ยงการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/ปรุงสำเร็จมา รับประทาน	1.99	1.03	ต่ำ
ด้านโภชนาการโดยรวม (Min=1.38, Max=3.75)	2.80	.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.80) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ไม่สูบบุหรี่ ( $\bar{X}$ =3.61) รองลงมา คือ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ( $\bar{X}$ =3.52) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ หลีกเลี่ยงการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป/ปรุงสำเร็จมารับประทานอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}$ =1.99)

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านกิจกรรมทางกาย โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. มีการออกกำลังกายสะสมในช่วงเวลา 1 วัน รวมกันมากกว่า 30 นาที เช่น รีดผ้า ทำความสะอาด การยืดเหยียดร่างกาย	2.97	.95	สูง
2. ใช้เวลาส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมที่ใช้แรงจนทำให้มีเหงื่อออก เช่น เดินขึ้นลงบันได เดินซื้อของ	2.85	.97	สูง
3. เริ่มออกกำลังกายจากการออกกำลังกายเบาๆ ก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มความเข้มข้น และเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายค่อยๆ ลดแรงลงทีละน้อย โดยไม่หยุดออกแรงทันที	2.76	1.01	ปานกลาง
4. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป	2.60	1.12	ปานกลาง
ด้านกิจกรรมทางกายโดยรวม (Min=1, Max=4)	2.79	.93	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.79$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มีการออกกำลังกายสะสมในช่วงเวลา 1 วัน รวมกันมากกว่า 30 นาที เช่น รีดผ้า ทำความสะอาด การยืดเหยียดร่างกายอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=2.97$ ) รองลงมา คือ ใช้เวลาส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมที่ใช้แรงจนทำให้มีเหงื่อออก เช่น เดินขึ้นลงบันได เดินซื้อของ ( $\bar{X}=2.85$ ) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีขึ้นไปอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.60$ )



**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร (n=117)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	4.42	.39	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	4.29	.41	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.57	.69	สูง

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.42, 4.29 และ 3.57 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 13** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย	4.77	.42	สูงมาก
2. การได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ทำให้มีเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	4.53	.52	สูงมาก
3. การออกกำลังกายทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สดชื่น	4.41	.63	สูง
4. การหากิจกรรมทำยามว่างช่วยลดความเครียดได้	4.41	.53	สูง
5. การพบปะผู้อื่นหรือการเข้าร่วมทำกิจกรรมในอาคารที่พักอาศัยหรือเป็นสมาชิกชมรมทำให้ไม่เหงา ว้าเหว่	4.39	.73	สูง
6. การได้ปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางทีมสุขภาพ ทำให้มีสุขภาพดี	4.38	.68	สูง

ตารางที่ 13 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
7. เมื่อจัดการความเครียดให้หมดไปทำให้สามารถทำ กิจกรรมอื่นๆ ต่อไปได้	4.37	.50	สูง
8. การรับประทานผัก ผลไม้ทำให้ท้องไม่ผูก	4.34	.60	สูง
9. การได้ฟังข่าวสารด้านสุขภาพเป็นการทำให้ดูแล สุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น	4.31	.58	สูง
10. การได้ทำตนให้เป็นประโยชน์หลังจากงาน/ เกษียณอายุ ทำให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี	4.31	.53	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (Min=3.50, Max=5)	4.42	.39	สูง

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.42$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การดื่มสุรา หรือของมีเมาก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}=4.77$ ) รองลงมา คือ การได้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ทำให้มีเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}=4.53$ ) การออกกำลังกายทำให้ท่านมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สดชื่น และการหากิจกรรมทำยามว่างช่วยลดความเครียดได้อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.41$ ) ตามลำดับ สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การได้ทำตนให้เป็นประโยชน์หลังจากงาน/เกษียณอายุ ทำให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี และการได้ฟังข่าวสารด้านสุขภาพเป็นการทำให้ท่านดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้นอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.31$ )

**ตารางที่ 14** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. คิดว่าความตายของบุคคลอื่น และตนเองเป็นเรื่องธรรมชาติ	4.60	.54	สูงมาก
2. สามารถทำความเข้าใจหรือพูดคุยกับบุคคลที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนได้	4.53	.71	สูงมาก
3. คิดว่าการออกกำลังกายต้องทำให้เหมาะสมกับเพศ และวัย สูงอายุที่มากขึ้น	4.44	.74	สูง
4. ทราบดีเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดเมื่อเกิดขึ้นกับตัว	4.41	.56	สูง
5. สามารถช่วยครอบครัวเลี้ยงดูบุตรหลานให้เติบโตมาเป็นคนดี แก่สังคมได้	4.38	.68	สูง
6. สามารถออกมาทำกิจกรรมนอกห้องพักร่วมกับผู้พักอาศัยคนอื่น ๆ ได้	4.29	.90	สูง
7. ยังสามารถเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้กับผู้อื่นได้อยู่เสมอ	4.26	.78	สูง
8. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีอยู่รอบตัวถ้าตั้งใจ และสนใจจริง	4.20	.54	สูง
9. ถ้าตั้งใจจริงสามารถลดอาหารมันๆ หรืออาหารทอดได้	4.14	.68	สูง
10. การตรวจสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองสามารถเริ่มต้นทำได้ที่บ้าน	4.11	.57	สูง
11. คิดว่าสามารถเลือกรับประทานผัก ผลไม้ได้ในทุกมื้ออาหาร	4.09	.80	สูง
12. ต้องหากิจกรรมทำอยู่เสมอ เช่น ทำงานบ้าน หรือรดน้ำต้นไม้ ถ้าไม่มีเวลาไปออกกำลังกาย	4.09	.70	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม (Min=3.17, Max=5)	4.29	.41	สูง

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.29) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ คิดว่าความตายของบุคคลอื่น และตนเองเป็นเรื่องธรรมชาติอยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}$ =4.60) รองลงมา คือ สามารถทำความเข้าใจหรือพูดคุยกับบุคคลที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนได้

อยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}=4.53$ ) และคิดว่าการออกกำลังกายต้องทำให้เหมาะสมกับเพศ และวัยสูงอายุที่มากขึ้นอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.44$ ) ตามลำดับ สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ต้องหากิจกรรมทำอยู่เสมอ เช่น ทำงานบ้าน หรือรดน้ำต้นไม้ ถ้าไม่มีเวลาไปออกกำลังกาย และคิดว่าสามารถเลือกรับประทานผัก ผลไม้ได้ในทุกมื้ออาหารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.09$ )

**ตารางที่ 15** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. จิตใจที่ไม่สงบทำให้แก้ปัญหาความเครียดได้ยาก	4.15	.62	สูง
2. การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำได้ยาก เมื่อเข้าไปร่วมงานกิจกรรมทางสังคม	3.86	1.39	สูง
3. เมื่อไม่มีโครงการสุขภาพต่างๆ จัดขึ้นภายในอาคารที่พักอาศัยหรือในชุมชน ทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ	3.86	.81	สูง
4. ไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพเพราะรู้สึกเสียเวลาในการต่อคิวที่นาน	3.76	1.31	สูง
5. การไปงานเลี้ยงหรืองานสังสรรค์ ทำให้ต้องรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพหรือโรคประจำตัว	3.74	.97	สูง
6. การพักอาศัยอยู่ในอาคารสูงทำให้การช่วยเหลือหรือการแบ่งปันกับผู้พักอาศัยร่วมกันน้อยลง	3.53	1.20	สูง
7. การตรวจพบสิ่งผิดปกติของร่างกายด้วยตัวเองเป็นเรื่องยุ่งยาก	3.52	1.08	สูง

ตารางที่ 15 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
8. ไม่อยากไปออกกำลังกายเพราะสวนสาธารณะที่ไกล บ้าน หรือไม่สามารถเดินทางไปถึง	3.47	1.26	ปานกลาง
9. ไม่อยากซื้อพืชผักปลอดสารพิษเพราะมีราคาแพง กว่าพืชผักทั่วไป	3.45	1.11	ปานกลาง
10. ไม่อยากออกไปทำกิจกรรมนอกที่พักอาศัยเพราะ สุขภาพที่เสื่อมตามวัย	3.41	1.51	ปานกลาง
11. โอกาสในการได้พบปะญาติหรือบุคคลอื่นน้อยลง เพราะความไม่สะดวกของอาคารที่พักอาศัย	3.26	1.28	ปานกลาง
12. ไม่เลือกรับประทานข้าวกล้อง และธัญพืช เพราะ วิธีการทำหรือปรุงอาหารที่ยุ่งยาก ทำให้ไม่สะดวก	2.81	1.25	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (Min=1.75, Max=4.75)	3.57	.69	สูง

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.57) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ จิตใจที่ไม่สงบทำให้เกิดปัญหาความเครียดได้ยากอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.15) รองลงมา คือ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำได้ยาก เมื่อเข้าไปร่วมงานกิจกรรมทางสังคม และเมื่อไม่มีโครงการสุขภาพต่างๆ จัดขึ้นภายในอาคารที่พักอาศัยหรือในชุมชนทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.86) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ไม่เลือกรับประทานข้าวกล้อง และธัญพืช เพราะวิธีการทำหรือปรุงอาหารที่ยุ่งยาก ทำให้ไม่สะดวกอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.81)

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า	4.29	.58	สูง
ด้านอารมณ์	4.28	.58	สูง
ด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.28	.55	สูง
ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ	4.26	.54	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.13	.61	สูง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (Min=2.52, Max=5)	4.25	.47	สูง

จากตารางที่ 16 ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.25$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่าอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.29$ ) รองลงมา คือ ด้านอารมณ์ และด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=2.8$ ) ตามลำดับ สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.13$ )

**ตารางที่ 17** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117)

การสนับสนุนทางสังคม ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. บุคคลในครอบครัวให้การยกย่อง และเคารพนับถือ	4.32	.58	สูง
3. เมื่อบุคคลในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ มักจะมาขอ คำแนะนำหรือขอคำปรึกษาอยู่เสมอ	4.30	.63	สูง
2. รู้สึกว่าตนมีคุณค่า และมีความหมายกับบุคคลในครอบครัว	4.29	.62	สูง
4. เมื่อแสดงความคิดเห็นบุคคลในครอบครัวมักจะยอมรับ และเห็น ด้วยกับความคิดเห็นนั้น	4.25	.64	สูง
ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่าโดยรวม (Min=1.75, Max=5)	4.29	.58	สูง

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการสนับสนุนทางสังคม ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่าโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.29) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคคลในครอบครัวให้การยกย่อง และเคารพนับถืออยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.32) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อแสดงความคิดเห็นบุคคลในครอบครัวมักจะยอมรับ และเห็นด้วยกับความคิดเห็นนั้นอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.25)

**ตารางที่ 18** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านอารมณ์ โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117)

การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ได้รับคำปลอบโยน และกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว	4.32	.65	สูง
2. บุคคลในครอบครัวทำให้ไม่รู้สึกว่าคุณทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว	4.30	.66	สูง
3. ได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย	4.30	.59	สูง
4. มีเพื่อน เพื่อนบ้าน และญาติมาเยี่ยมเยียนเป็นประจำ	4.22	.82	สูง
ด้านอารมณ์โดยรวม (Min=1.50, Max=5)	4.28	.58	สูง

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.28$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับคำปลอบโยน และกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.32$ ) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีเพื่อน เพื่อนบ้าน และญาติมาเยี่ยมเยียนเป็นประจำอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.22$ )



ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยรวม และจำแนกตามรายชื่อ (n=117)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</b>			
1. มักจะได้รับการยืมให้หรือการทักทายจากบุคคลอื่นเมื่อได้พบเจอกัน	4.41	.66	สูง
2. มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว	4.25	.65	สูง
3. รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบอื่น	4.25	.64	สูง
4. มีโอกาสรับรู้ปัญหา และความเป็นไปของบุคคลในครอบครัวอยู่เสมอ	4.21	.68	สูง
ด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยรวม (Min=1.75, Max=5)	4.28	.55	สูง

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.28$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มักจะได้รับการยืมให้หรือการทักทายจากบุคคลอื่นเมื่อได้พบเจอกันอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.41$ ) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีโอกาสรับรู้ปัญหา และความเป็นไปของบุคคลในครอบครัวอยู่เสมออยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.21$ )

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117)

การสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. บุคคลในครอบครัวพาไปพบแพทย์หรือไปรุระนอกบ้าน	4.37	.69	สูง
2. ได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันจากบุคคลในครอบครัว เมื่อจำเป็นหรือต้องการ	4.29	.64	สูง
3. ได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงิน และค่าใช้จ่ายต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว	4.27	.69	สูง
4. บุคคลในครอบครัวมีการจัดหาอาหาร และสิ่งของเครื่องใช้ให้	4.21	.70	สูง
5. ได้รับความสะดวกในการใช้บริการด้านการตรวจรักษาจากสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ	4.14	.81	สูง
ด้านสิ่งของ เงินหรือการบริการโดยรวม (Min=2.20, Max=5)	4.26	.54	สูง

จากตารางที่ 20 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.26$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคคลในครอบครัวพาไปพบแพทย์หรือไปรุระนอกบ้านอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.37$ ) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้รับความสะดวกในการใช้บริการด้านการตรวจรักษาจากสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.14$ )

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรวม และจำแนกตามรายข้อ (n=117)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>			
1. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สามารถซักถามจากแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้	4.30	.93	สูง
2. ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี จากบุคคลในครอบครัว และจากบุคคลอื่น	4.15	.64	สูง
3. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพ และแหล่งประโยชน์อื่นๆจากบุคคลอื่น	4.07	.76	สูง
4. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และการป้องกันการเจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคคลอื่น	4.02	.81	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสารโดยรวม (Min=2.50, Max=5)	4.13	.61	สูง

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.13) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สามารถซักถามจากแพทย์ พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.30) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และการป้องกันการเจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัว และจากบุคคลอื่นอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =4.02)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างเพศชายกับเพศหญิงโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน(n=117)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง	$\bar{X}$	$\bar{X}$	t-test	p-value
	ชาย (n=55)	หญิง (n=62)		
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.00	3.06	-.45	.66
ด้านกิจกรรมทางกาย	2.96	2.64	1.83	.07
ด้านโภชนาการ	2.66	2.93	-3.30	.001*
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.10	3.00	.83	.41
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.38	3.34	.51	.61
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.11	3.10	.23	.82
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	3.04	3.05	-.10	.92

\*P< .05

จากตารางที่ 22 พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร เพศชาย และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

**ตารางที่ 23** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1				
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.658**	1			
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	-.036	.061	1		
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.632**	.634**	-.086	1	
5. การสนับสนุนทางสังคม	.627**	.519**	.029	.655**	1

\*\*p< .001

จากตารางที่ 23 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .658, .632, \text{ และ } .627$  ตามลำดับ) สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

**ตารางที่ 24** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	.658**	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.397**	.721*	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	.297**	.521**	.275**	1				
5. ด้านโภชนาการ	.156	.463**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.520**	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.522**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	
8. ด้านการจัดการกับความเครียด	.477**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1

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

จากตารางที่ 24 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .658$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .397, .297, .520, .522$  และ  $.477$  ตามลำดับ) ยกเว้น ด้านโภชนาการ

**ตารางที่ 25** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	-.036	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.002	.721**	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	-.216*	.521**	.275**	1				
5. ด้านโภชนาการ	-.059	.463**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.075	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	-.014	.633**	.382**	.177	.020	.355**	1	
8. ด้านการจัดการกับความเครียด	.101	.577**	.190*	.109	.057	.378**	.456**	1

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

จากตารางที่ 25 พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ด้านกิจกรรมทางกาย ( $r = -.216$ )

**ตารางที่ 26** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	.632**	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.374**	.721**	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	.350**	.521**	.275**	1				
5. ด้านโภชนาการ	.155	.463**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.466**	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.470**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	
8. ด้านการจัดการกับความเครียด	.463**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1

\*\*P< .01, \*p< .05

จากตารางที่ 26 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .632$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .374, .350, .466, .470$  และ  $.463$  ตามลำดับ) ยกเว้น ด้านโภชนาการ



**ตารางที่ 27** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การสนับสนุนทางสังคม	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	.627**	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ	.382**	.721**	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	.252**	.521**	.275**	1				
5. ด้านโภชนาการ	.176	.463**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล	.532**	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิต วิญญาณ	.408**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	
8. ด้านการจัดการกับ ความเครียด	.562**	.577**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1

\*\*P< .01, \*p< .05

จากตารางที่ 27 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .627$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .382, .252, .532, .408$  ตามลำดับ) ยกเว้น ด้านโภชนาการ

**ตารางที่ 28** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	.467**	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.198*	.721**	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	.146	.521**	.275**	1				
5. ด้านโภชนาการ	.135	.463**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.469**	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.294**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	
8. ด้านการจัดการกับความเครียด	.470**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1

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

จากตารางที่ 28 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .467$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .198, .469, .294, \text{ และ } .470$  ตามลำดับ) ยกเว้น ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการ

**ตารางที่ 29** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่ากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	.514**	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.234*	.721**	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	.184*	.521**	.275**	1				
5. ด้านโภชนาการ	.136	.436**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.425**	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.394**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	
8. ด้านการจัดการกับความเครียด	.534**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1

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

จากตารางที่ 29 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .514$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .234, .184, .425, .394$  และ  $.534$  ตามลำดับ) ยกเว้น ด้านโภชนาการ

**ตารางที่ 30** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และ จำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	.577**	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.284**	.721**	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	.342**	.521**	.275	1				
5. ด้านโภชนาการ	.167	.463**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.500**	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.351**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	
8. ด้านการจัดการกับความเครียด	.432**	.557**	.190*	.108	.057	.378**	.465**	1

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

จากตารางที่ 30 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .577$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .284, .342, .500, .351$  และ  $.432$  ตามลำดับ) ยกเว้น ด้านโภชนาการ

**ตารางที่ 31** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงิน หรือบริการกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งของ เงินหรือบริการ	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	.433**	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ	.295**	.721**	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	.094	.521**	.275**	1				
5. ด้านโภชนาการ	.085	.463**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล	.366**	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิต วิญญาณ	.318**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	
8. ด้านการจัดการกับ ความเครียด	.409**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1

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

จากตารางที่ 31 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เงินหรือบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .433$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงิน หรือบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .295, .366, .318$  และ  $.409$  ตามลำดับ) ยกเว้น ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการ

**ตารางที่ 32** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยรวม และจำแนกตามรายด้าน (n=117)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	1							
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	.582**	1						
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.484**	.721**	1					
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	.264**	.521**	.275**	1				
5. ด้านโภชนาการ	.208*	.463**	.288**	.103	1			
6. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.410**	.626**	.245**	.136	.102	1		
7. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.329**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	
8. ด้านการจัดการกับความเครียด	.332**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1

\*\*P< .01, \*p< .05

จากตารางที่ 32 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .582$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .484, .264, .208, .410, .329$  และ  $.332$  ตามลำดับ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

#### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ตามโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชาย และหญิง มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ สามารถสื่อสารเข้าใจ มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้สูตรคำนวณ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นการวิจัยนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 117 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน 41 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 21 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้อง และยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ใน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ดังนี้ .95, 1.0, .87, .97 และ 1.0 ตามลำดับ จากนั้นนำมาหาความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบารค (Cronbarch's Alpha Coefficient) ดังนี้ .88, .88, .80, .85 และ .95 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับผลการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2560 โครงการวิจัยที่ 168.1/60 หนังสืออนุมัติ COA No. 211/2560 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน กองโครงการชุมชน สำนักงานฝ่ายทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในเขตพื้นที่ศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้นำชุมชนโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการเก็บข้อมูล ขอรายรายชื่อ จำนวนผู้สูงอายุ หลังจากนั้นได้ทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ เพื่อพบกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลอีกครั้ง โดยผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจึงเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยกันทุกครั้งจนครบถ้วน โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 13 พฤศจิกายน 2560 ถึง 21 มกราคม 2561 รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์



### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุที่อาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62 มีการพักอาศัยชั้นที่ 9-18 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66 มีระยะเวลาพักอาศัยมากกว่า 14 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.3 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66 มีระดับการศึกษา คือ ชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.1 แหล่งที่มาของรายได้ คือ เบี้ยยังชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98 ส่วนใหญ่มีรายได้ 2,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47 ความเพียงพอรายได้ คือ ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 77 มีการพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน คิดเป็นร้อยละ 89 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 58, 31 และ 24 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.05$ ,  $SD=.32$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.36$ ,  $SD=.39$ ) ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.10$ ,  $SD=.35$ ) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.05$ ,  $SD=.59$ ) และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.04$ ,  $SD=.77$ ) ตามลำดับ สำหรับด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.80$ ,  $SD=.46$ ) และด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.79$ ,  $SD=.93$ ) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

3.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r= .658$ )

3.3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r= .632$ )

3.5 การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.627$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

### 1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.05$ ,  $SD=.32$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.36$ ,  $3.10$ ,  $3.05$ , และ  $3.04$  ตามลำดับ) สำหรับด้านโภชนาการ และด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.80$  และ  $2.79$  ตามลำดับ)

เมื่อทำการพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร เป็นรายด้านทั้ง 6 ด้าน สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

#### 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.05$ ,  $SD=.77$ ) อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์หรือสื่อออนไลน์ มีความสะดวก และหาได้ง่ายมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร สามารถหาความรู้ และประโยชน์จากแหล่งเหล่านี้ได้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่พักในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรค เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย จึงกล้าสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางทีมสุขภาพเพื่อไม่ปล่อยให้เกิดอาการของโรครุนแรง และมีการไปรับการตรวจตามแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิตางค์ เหลียวรุ่งเรือง (2553) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ ไปรับการตรวจตามแพทย์นัด และมีการรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่งเป็นอย่างดี

ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66 โดยส่วนใหญ่มีการพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตร คิดเป็นร้อยละ 34.2 บุคคลดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ที่คอยให้การช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา จันทร์ศิริ (2549) พบว่า คู่สมรส และบุคคลในครอบครัวของ

ผู้สูงอายุมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง

นอกจากนี้จากการสังเกต และสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่สูบบุหรี่ ( $\bar{X}=3.61$ ) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูงมาก ( $\bar{X}=3.52$ ) และมีการเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=2.95$ ) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการเอาใจใส่ และมีความรับผิดชอบต่อในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูง

## 2) ด้านกิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.79$ ,  $SD=.93$ ) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ คิดเป็นร้อยละ 98 รู้สึกว่าไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 77 ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครยังคงทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการทำงานที่ต้องออกแรงเล็กๆ น้อยๆ เช่น ค้าขาย รับจ้าง เดินไปทำงาน เดินไปซื้อของที่ตลาด หรือรับจ้างทำงานบ้าน จนทำให้กลายเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงที่ทำอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมเหล่านี้ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงรู้สึกว่าเป็นการออกกำลังกายไปในตัว ดังเช่นแนวคิดของ Pender (2002) ที่ได้อธิบายว่า การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายเบาๆ

ทั้งนี้จากการสังเกต และการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการรวมกลุ่มไปออกกำลังกายที่สวนสาธารณะบริเวณใกล้ที่พักอาศัย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และมีการออกกำลังกายแบบสะสมในช่วงเวลา 1 วัน รวมกันมากกว่า 30 นาที แตกต่างจากการศึกษาของ ศนิตา ภิญโญ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการออกกำลังกายเพียง 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง แต่จากการศึกษาของ สุธาสิณี สุดแสน (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 51.2 โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และใช้ระยะเวลา 20-60 นาที หรือ 30 นาทีต่อวัน (อัจฉรา ปุราคม, 2558) ทั้งนี้การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีจิตใจสดชื่น รู้สึกผ่อนคลาย และช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Sarid et al., 2010) จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ (จารุวรรณ จินดานิล, 2547) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ (2550) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

### 3) ด้านโภชนาการ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.80$ ,  $SD=.46$ ) อธิบายได้ว่า อาหารถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต จากสภาพการใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบันที่เร่งรีบ การทำงานหาเช้ากินค่ำ รายได้ที่ไม่เพียงพอ และค่าครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป ประจุสำเร็จมารับประทาน เพราะรู้สึกสะดวกหาซื้อได้ง่าย และประหยัดมากกว่าซื้ออาหารมาประกอบทำเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุจิตรา จิระวานิชย์ (2556) และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดื่มชา กาแฟ โอเลี้ยง หรือน้ำอัดลมเป็นประจำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) และ ทวีศิลป์ ศรีอักษร (2551) พบว่า ผู้สูงอายุมีการดื่มชากาแฟ โอเลี้ยงเป็นประจำเพราะความชอบจนปฏิบัติเป็นความเคยชิน

นอกจากนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทุกๆ ด้าน ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ผู้สูงอายุจะเริ่มมีความอยากรับประทานอาหารลดลง การรับรส การรับกลิ่นลดลง และการย่อยอาหารลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการรับประทานอาหารรสจัด และมีการรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ประกอบกับการมีโรคประจำตัวอาจทำให้ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่ตนเองชอบเป็นหลัก ดังเช่นการศึกษาของ ศิริวัฒน์ ไชยพะนิจ (2552) พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจเกิดจากความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ไม่มีเวลา และการไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

### 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ผลการศึกษา ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.05$ ,  $SD=.59$ ) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการพักอาศัยเป็นเวลามากกว่า 14 ปี ทำให้ผู้ที่พักอาศัยในอาคารสูงรู้จักกันหมด มีความคุ้นเคยสนิทสนม มีการพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี มีการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้พักอาศัยคนอื่นๆ บริเวณใต้อาคาร

ที่พักชั้นล่างเป็นประจำ และมีการไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนเพื่อนบ้านที่พักอาศัยในชั้นอื่นๆ เป็นประจำ ถึงแม้ว่าสภาพการอยู่อาศัยจะเป็นลักษณะของคนในสังคมเมืองที่ต้องดำเนินชีวิตประจำวันแบบเร่งรีบก็ตาม แตกต่างจากการศึกษาของ Evans et al. (2003) พบว่า ผู้ที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการพูดคุย พบปะเพื่อนบ้านหรือกับบุคคลอื่นลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ จูลี โรจนันครินทร์ (2545) จารุวรรณ จินดานิล (2547) ศนิตา ภิญโญ (2552) และ สุจิตรา จิระวาณิชย์ (2556) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีลักษณะต่างคนต่างอยู่ มีการรู้จักกันเป็นแบบผิวเผิน หรือบางที่ไม่รู้จักกันเลย แต่จากการศึกษาของ จิระภา ศรีคำ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุมักมีการพังกาอาศัยเพื่อนบ้าน และมีการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 31.4 แสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น

ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 40 อธิบายได้ว่า ตามลักษณะของสังคมไทยนั้นเป็นครอบครัวขยายมีความผูกพันทางสายเลือด ทำให้ลูกหลานหรือบุคคลในครอบครัวให้ความเคารพ ยกย่องผู้สูงอายุ คอยเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นทั้งผู้ให้ความรัก และผู้ได้รับความรัก รวมทั้งสามารถเป็นที่ปรึกษาที่ดี และเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นคนดีในสังคมได้ ซึ่งช่วยส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทิพย์วดี พันธภาค (2552) พบว่า บุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นในสังคมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง

##### 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.36$ ,  $SD=.39$ ) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการยอมรับสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน มองโลกในแง่ดี ยอมรับการสูงวัยเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ด้านชีวิตมามาก ทำให้เข้าใจธรรมชาติของการใช้ชีวิต ทำให้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีการรู้คิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลโดยการใช้สติ สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง มีการเตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิต และมีการเผชิญปัญหาพร้อมกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ (2550) พบว่า ผู้สูงอายุอาจขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจจากการสูญเสียต่างๆ ในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือการถูกลดบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมิวิธีการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รวมทั้งสภาพ

สังคมไทยนั้นส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยหลักคำสอนของศาสนาพุทธสอนให้บุคคลมองทุกอย่างตามความเป็นจริงของธรรมชาติ ให้ได้รู้จักตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครจึงมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และนำคำสอนของศาสนา มาปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์วดี พันธภาค (2552) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง รวมทั้งมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

#### 6) ด้านการจัดการกับความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.10$ ,  $SD=.35$ ) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์การใช้ชีวิตทำให้สามารถมองปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข เมื่อผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร รู้สึกไม่สบายใจจะมีการพูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อได้รับบายความรู้สึกรบาย หลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือการมีปากเสียงกับบุคคลอื่น ทำจิตใจให้สบายไม่โมโหหงุดหงิด พยายามมองโลก เหตุการณ์ และบุคคลอื่นในแง่ดี ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร จึงรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้ตนเกิดความเครียด ความไม่สบายใจ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ และมีวิธีจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์ การสวดมนต์ ทำงานบ้าน หรือออกกำลังกายใช้แรงเบาๆ ที่สามารถทำได้ภายในห้องพักอาศัย นอกจากนี้พบว่า การได้ออกพบปะพูดคุย การได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้พักอาศัยคนอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร รู้สึกสบายใจ สนุกสนาน ไม่เหงา สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551) พบว่า ผู้สูงอายู้จึเลือกวิธีผ่อนคลายความตึงเครียดเพื่อทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจ และทำจิตใจให้สงบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งการจัดการความเครียดยังเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

1) ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชาย และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิง และเพศชายเป็นวัยสูงอายุตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 58.1 ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกายไม่มากนัก ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเป็นอย่างดีโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า จากสภาพสังคมไทยเพศชายจะมีบทบาทเป็นผู้นำของครอบครัว ส่วนเพศหญิงจะมีบทบาทเป็นแม่บ้านที่คอยดูแลด้านความเป็นอยู่เป็นส่วนใหญ่ เช่น การทำกับข้าว ทำงานบ้าน เป็นต้น แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิงต่างก็ต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นไม่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิงมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่จากการศึกษาของ กรองทอง อัญญา และคณะ (2551) และปัทมาสน์ เพชรสม (2558) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย แตกต่างจากการศึกษาของ ขวัญดาว กล้ารัตน์ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และจากการศึกษาของ ศิริวัฒน์ ไชยพะนิจ (2552) และวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .658$ ) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์การใช้ชีวิต มีกระบวนการรู้คิดอย่างมีเหตุผล



ดังนั้นผู้สูงอายุย่อมเข้าใจถึงประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ยาก สามารถสร้างแรงจูงใจให้ตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสม ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร จึงมีวิธีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และรู้จักวิธีผ่อนคลายความเครียดเมื่อไม่ตนเองสบายใจ เช่น การพูดคุยกับบุคคลที่ไว้ใจเพื่อระบายความรู้สึก การหางานอดิเรกทำ มองโลกในแง่ดี เป็นต้น ดังเช่นการศึกษาของ สุธาสนี สุดแสน (2549) และศนิดา ภิญญา (2552) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีการเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อให้ตนเองเกิดความสบายใจ นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงกล้าที่จะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงการใส่ใจ ความรับผิดชอบ และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และจากบุคคลในครอบครัวอันที่รักทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเองเกิดแรงจูงใจทางบวกในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้อธิบายได้ว่า การพักอยู่อาศัยในเมืองใกล้แหล่งชุมชนทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร และแหล่งบริการทางด้าน การดูแลสุขภาพได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุในชนบท ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา ดังเช่นการศึกษาของ ปัทมาสน์ เพชรสม (2558) พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ที่อธิบายว่า สิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วดี พันธภาค (2552) และยามิละ ดอแม (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ประกาย จิโรจน์, 2556)

### 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่พักในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่ยังแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเป็นอย่างดี อีกทั้งการตรวจร่างกายของร่างกายด้วยตนเอง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร รู้สึกไม่ยุ่งยาก รวมทั้งจาก

การสังเกต และสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการออกกำลังกาย ยืดเหยียด มีการออกกำลังกายสะสมในแต่ละวัน มีการทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ภายในห้องพักของตนเอง กิจกรรมดังกล่าว ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร รู้สึกกว่าเป็นการออกกำลังกายภายในตัว สามารถทำที่ไหนก็ได้ถ้ามีความตั้งใจโดยจะต้องเลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัย

นอกจากนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการออกมาทำกิจกรรม มีการพบปะสังสรรค์พูดคุยกับเพื่อนบ้านทุกวัน ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร รู้สึกไม่เหงา สนุกสนาน และยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่วมกัน จนปฏิบัติประจำกลายเป็นความเคยชิน สำหรับการเลือกรับประทานอาหาร เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ หรือผักปลอดสารพิษ พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร รู้สึกไม่ยุ่งยาก หรือลำบากที่จะเลือกซื้อหามารับประทานเพราะอยู่ใกล้ตลาด สามารถหาซื้อแบบปรุงสุกสำเร็จได้ง่าย และขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของแต่ละบุคคลมากกว่าที่จะเลือกปฏิบัติ ดังเช่นการศึกษาของ จารุวรรณ จินดานิล (2457) พบว่า ผู้สูงอายุมีการเลือกรับประทานอาหารชีวจิต ธัญพืช แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุรู้จักวิธีการเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี

ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด เป็นแรงจูงใจในทางบวก และเป็นการลดอุปสรรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับแนวความคิดของ Pender (2002) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริรักษา ทองแดง (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แตกต่างจากการศึกษาของ ทิพย์วดี พันธภาค (2552) และแพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### **4) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร**

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .632$ ) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรค สิ่งกีดขวาง หรือจากสภาวะการณ์ต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ผ่าน

ประสบการณ์การใช้ชีวิต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมากมาย ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75 ที่อาจทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือการรู้คิดทางสติปัญญาที่ลดลง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นลดลงได้ก็ตาม แต่จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002)

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อคำถามตามรายด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณล้วนอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาตามรายข้อ เช่น ท่านคิดว่าความตามของบุคคลอื่น และตนเองเป็นเรื่องธรรมดา ( $\bar{X}=4.60$ ) และท่านสามารถทำความรู้จัก หรือพูดคุยกับบุคคลที่ท่านไม่เคยรู้จักมาก่อนได้ ( $\bar{X}=4.53$ ) โดยข้อคำถามทั้ง 2 ข้อเป็นคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน ( $\bar{X}=4.29$ )

นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นยังเป็นแรงจูงใจสำคัญที่เชื่อมโยงนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Pender (2002) และ Bandura (1997) ที่ได้อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้ตนเองไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีความเชื่อมั่น ความมั่นใจในการปฏิบัติให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา ทั้งด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด เช่นเดียวกับการศึกษาของ แพนนี่ ตรีวิเชียร (2552) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารนอกราชการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วดี พันธภาค (2552) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เทพกิจ (2553) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุโรคกระดูกพรุน

### 5) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.627$ ) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเฉพาะด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า ด้านอารมณ์ และด้านการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว มีลูกหลานให้ความรักเคารพ ซึ่งลักษณะของวัฒนธรรมสังคมไทยที่ปลูกฝังลูกหลานให้มีความกตัญญูต่อกับพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานครจึงได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจเป็นอย่างดี จากบุคคลในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุจิตรา จิระวานิชย์กุล (2556) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว พาไปพบแพทย์ตามนัด และพาไปตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีระยะเวลาการพักอาศัยเป็นเวลานานมากกว่า 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 94 ทำให้รู้จักมีความรู้จักสนิทสนมกับเพื่อนบ้านเป็นอย่างมาก ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการร้องขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านจึงได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นอย่างดี

ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีการพักอาศัยอยู่บนพื้นที่ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานให้ความสำคัญกับงานพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ได้รับโอกาสในการสนับสนุนในด้านต่างๆ มากขึ้น เช่น มีการจัดกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณีไทยในช่วงเทศกาล มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ทางสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ยังได้มีการตั้งภาคีภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนงานด้านผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร มีโอกาสได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิต ทิพย์รัตน์ (2551) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

นอกจากนี้อธิบายได้ว่า ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการปรับเปลี่ยนนโยบายทางด้านบริการสุขภาพที่เน้นการปฏิบัติงานเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการป้องกันมากขึ้น ตลอดจนการพักอาศัยอยู่ในเมืองทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

สามารถหาข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางด้านสุขภาพได้ง่าย และสะดวกมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ คือ อาคารชุมชนทรัพย์สิน 26-7 ซึ่งเป็นกรณีศึกษาในชุมชนเดียวเท่านั้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางทีมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับวางแผนหารูปแบบในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง โดยนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสร้างโปรแกรมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีพฤติกรรมสุขภาพดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะด้านโภชนาการ เช่น กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของสารอาหารทั้ง 5 หมู่ และด้านกิจกรรมทางกาย เช่น กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงมีพฤติกรรมทั้ง 2 ด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ตามกรอบแนวคิดของ Pender (2002) เช่น ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายโดยนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอะไรมีความสัมพันธ์กันมากที่สุด

3. ควรมีการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง นำมาช่วยในการประเมินระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง
4. นำเครื่องมือมาพัฒนาหรือนำมาปรับใช้เพื่อนำไปศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มอื่น



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรรณิการ์ เทพกิจ. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุโรคกระดูกพรุน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กรองทอง อันัญ, จำลอง ทองทุ่ง และชัยณรงค์ ทักสนา. (2551). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกรณีศึกษา อำเภอไทรโยค จังหวัดสุโขทัย*. สารนิพนธ์การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กองนโยบาย และแผนงาน สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร. (ม.ป.ป.). *อาคารพักอาศัย ประเภทอาคารสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2554*. (ม.ป.ท.).
- กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพื่อปัญญานิสย์.
- คณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)*. กรุงเทพฯ: (ม.ป.ท.).
- จารุวรรณ จินดานิล. (2547). *สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารสูง: กรณีศึกษาอาคารสว่างคนิเวศ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเคหะพัฒนาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิระภา ศรีคำ. (2545). *สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัยแบบแฟลต เคหะชุมชนดินแดง 1 และ 2 กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเคหะพัฒนาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). *เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2558). *โครงการประเมินผลการดำเนินโครงการต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จूरีย์ เลหาพงษ์. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลประทาน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จูลี โรจน์นครินทร์. (2545). *การอยู่อาศัยหลังจากการย้ายชุมชนผู้มีรายได้น้อย จากแนวราบสู่แนวสูง: กรณีศึกษา ชุมชนอาคารทรัพย์สิน 26-7 เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์เคหพัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลธิชา จันทร์ศิริ. (2549). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ศรีณยา หล่อมณีนพรัตน์ และ กิตติอร ชาลปติ . (2548). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์. (2553). *ชุมชนน่าอยู่ผู้สูงอายุ*. ใน อรรถนพ ใจสำราญ, สมพล สงวนรังศิริกุล, อติศร ภัทราดุลย์, สุกัญญา ชัยกิตติศิลป์ และ อารีรัตน์ สุกุทธิธาดา. (บรรณาธิการ), *สังคมสูงวัยเปี่ยมสุขด้วยวิถีสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, (น. 309-320). กรุงเทพฯ: บริษัทคอนเซ็ปท์ เมดิคัล จำกัด.
- ทวีศิลป์ ศรีอักษร. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์วดี พันธภาค. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นันทริกา เลิศเขมงกุล. (2549). *การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุชาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิยา โพธิสาร. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนดีไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- บุญตา ถาวรวัชรกุล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวที่ให้แก่ผู้สูงอายุ* *ข้อเข้าเสื่อมในเขตภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุตชรา นาคลำภา. (2546). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโตนด* *อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะมนุษยศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้*. กรุงเทพฯ: (ม.ป.ท.).
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทแอกทีฟ พรินท์ จำกัด.
- ประภาพร จินนทุยา. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุ*. ใน ศิริพร ชัมภลิจิต และ จุฬาลักษณ์ บารมี. (บรรณาธิการ), *คู่มือการสอนการ สร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*, (น. 399-425). ขอนแก่น: (ม.ป.ท.).
- ปัทมาสน์ เพชรสม. (2558). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และ ธีสมน นามวงษ์. (2550). *รายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก*. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- พิศกดี ชินชัย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อในอำนาจด้านสุขภาพ ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนัญชา ประดับสุข. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เพ็ญภา แสงชื่น. (2548). *ศักยภาพของชุมชนเทพประทานในการจัดการที่อยู่อาศัยเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัยอย่างยั่งยืน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเคหศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แพนนี่ ตรีวิเชียร. (2552). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารนอกราชการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนตรีชัย โลหะการ. (2551). *การศึกษาความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- ยามีละ ดอแม. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี*. ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). *รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัลลา ดันตโยทัย. (2543). *ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. ใน สมจิต หนูเจริญ, วัลลา ดันตโยทัย และ รอมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาพ*, (น. 29-46). (ม.ป.ท.).
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2557). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-2560)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนเชษฐ์.

- วิภาวรรณ ชุ่ม เพ็ญสุขสันต์. (2543). การจัดการความเครียด. ใน สมจิต หนูเจริญ, วัลลา ตันตโยทัย และ รวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาพ*, (น. 29-46). (ม.ป.ท.).
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส สีสกุล, พัสมณห์ คุ่มทวี และ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารสภาการพยาบาล*, (26) ฉบับพิเศษ, มกราคม-มีนาคม 2554, 140-153.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ). (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: (ม.ป.ท.).
- ศาสตรา ศรีหาภาค. (2556). การติดตามผลการดำเนินงานโครงการแบ่งปันที่ดินของสำนักทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์: กรณีศึกษา โครงการพัฒนาชุมชนสามยอด เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกพัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาอสังหาริมทรัพย์ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศนิดา ภิญโญ. (2552). *สภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารชุด กรณีศึกษา อาคารชุดในแขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา อาคารชุดในแขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกพัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศิริณา ทองแดง. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวัฒน์ ไชยพะนิจ. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาระบบสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิตางค์ เหลียวรุ่งเรือง. (2553). *พฤติกรรมการเลือกที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่มาท่องเที่ยวพำนักระยะยาว : กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกพัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเคหการ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศุภร เที่ยรมนตรี. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไศรยวีร์ ครุสุวัฒน์. (2556). *รูปแบบที่อยู่อาศัยในความต้องการของผู้สูงอายุในเขตอำเภอ จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการประกอบการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx> [30 เมษายน 2559]
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์. *เกี่ยวกับสำนักงานฯ* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [Http://www.crownproperty.or.th](http://www.crownproperty.or.th) [26 เมษายน 2559]
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (ม.ป.ป.). *รายงานผลการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2554* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.m-society.go.th/document/news/news\\_9032.pdf](http://www.m-society.go.th/document/news/news_9032.pdf) [ 31 สิงหาคม 2558]
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. (2553). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพคนเมือง กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2553-2556*. กรุงเทพฯ: บริษัท วันไฟน์เดย์ จำกัด.
- สุจิตรา จิระวาณิชกุล. (2556). *พฤติกรรมและสภาพการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในอาคารชุดที่ออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ กรณีศึกษา สวางคนิเวศ จ.สมุทรปราการ*. กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาเคหะพัฒนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาอสังหาริมทรัพย์ ภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธาสิณี สุดแสน. (2549). *การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่อาศัยของเคหะชุมชน การเคหะแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเคหะพัฒนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเคหการ ภาควิชาเคหการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น และ ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (บรรณาธิการ), *การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. (น 71-94). กรุงเทพฯ: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

- โสภิต ทิพย์รัตน์. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา ปุราคม. (2558). การส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ. นครปฐม: บริษัทเพชรเกษมพรีนติ้ง กรุ๊ป จำกัด.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2554). ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ. ใน อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ (บรรณาธิการ), *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. (น.1-28). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.

#### ภาษาอังกฤษ

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barton, H., & Grant, M. (2011). Urban Planning for Healthy Cities A Review of Progress of the European Healthy Cities Programme. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(1), 129-144.
- Bonnefoy, X. (2007). Inadequate housing and health: an overview. *International Journal Environment and Pollution*, 30(3/4), 411-429.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cotrell, v., & Carder, P., C. (2010). Health-Related Needs Assessment of Older Residents in Subsidized Housing. *A Journal of Policy Development and Research*, 12(2), 47-66.
- Evans, G. W., Wells, N. M., & Moch, A. (2003). Housing and Mental Health : A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *Journal of Social Issues*, 59(3), 475-500.
- Fuller, S. S., & Larson, S. B. (1980). Life Events, Emotional Support, and Health of Older People. *Research in Nursing and Health*, 3, 81-89.

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Social Issues*, 59(3), 475-500.
- Johnson, R. L. (2005). Gender Differences in Health-Promoting Lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 22(2), 130-137.
- Karupaiah, T., Swee, W. C. S., Liew, S. Y., Ng, B. K., & Chinna, K. (2013). Dietary Health Behaviors of Women Living in High Rise Dwelling : A Case Study of an Urban Community Community in Malaysia. *Journal Community Health*, 38, 163-171.
- Kwong, E. W., & Kwan, A. Y. (2007). Participation in health-promoting behavior: influences on community-dwelling older Chinese people. *Journal of Advanced Nursing Original Research*, 522-534.
- Parikh, N. S., Fahs, M. C., Shelly, D., & Yerneni, R. (2009). Health Behaviors of Older Chinese Adults Living in New York City. *Journal of Community Health*, 34, 6-15.
- Pender, N. J., Murdaugh, N. I., & Parson, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practices* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Phillips, J., Walford, N., Hockey, A., Foreman, N., & Lewis, M. (2013). Older people and outdoor environments: Pedestrian anxieties and barriers in the use of familiar and unfamiliar spaces. *Geoforum*, 47, 113-124.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essential of Nursing research : appraising evidence for nursing practice* (7 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarid, O., Melzer, I., Kurz, I., & Shahar, D. (2010). The Effect to Helping Behavior and Physical Activity on Mood States and Depressive Symptoms of Elderly People. *Clinical Gerontologist*, 33, 270-282.
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R., S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of behavior medicine*, 4(4), 381-406.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*[Online]. Available from: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/glossary.pdf> [2016, MAR 10]
- World Health Organization. (2010). *Global Health and Aging*[Online]. Available from: [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf) [2016, MAR 1]

World Health Organization. (2015). *World Report On Ageing And Health*[Online]. Available from: <http://www.who.int/ageing/event/world-report-2015-launch/en> [2016, MAR 3]



ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**





## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช	อาจารย์ประจำสาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มล. สมจินดา ชมพูนุท	อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
3. ดร. พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. ดร. สุณี สุวรรณพสุ	ผู้อำนวยการพิเศษพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางกอบกุล จันทร์ตระกูล	พยาบาลชำนาญการพิเศษ ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/2577

วันที่ 5 สิงหาคม 2559

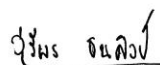
เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุชาดา ใจชื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158  
นางสาวสุชาดา ใจชื่อ โทร. 08-1908-3558

ที่ ศธ 0512.11/2933



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

3/ ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุชาดา ใจชื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล. สมจินดา ชมพูนุท อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล. สมจินดา ชมพูนุท

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวสุชาดา ใจชื่อ โทร. 08-1908-3558

ที่ ศธ 0512.11/2933



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

31 ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิบดีกรมอนามัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุชาดา ใจชื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ดร. พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวสุชาดา ใจชื่อ โทร. 08-1908-3558

ที่ ศร 0512.11/2377

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

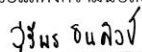
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุชาดา ใจชื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. สุณี สุวรรณพสุ ผู้อำนวยการพิเศษพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. สุณี สุวรรณพสุ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวสุชาดา ใจชื่อ โทร. 08-1908-3558

ที่ ศธ 0512.11/2377

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุชาดา ใจซื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกอบกุล จันทร์ตระกูล พยาบาลชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

วิไล อินทวงษ์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางกอบกุล จันทร์ตระกูล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวสุชาดา ใจซื่อ โทร. 08-1908-3558





ที่ ศธ 0512.11/ 2060

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤศจิกายน 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารงานชุมชน สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุชาดา ใจชื่อ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่พักอาศัยในอาคารสูงตามโครงการแบ่งปันที่ดิน (Land Sharing) การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ จำนวน 151 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุชาดา ใจชื่อ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา โทร. 02-218-1158  
นางสาวสุชาดา ใจชื่อ โทร. 08-1908-3558



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 211/2560

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 168.1/60 : บัญชีที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุชาดา ใจชื่อ

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*[Signature]*  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วีระดา ทศนประดิษฐ์)  
ประธาน

ลงนาม.....*[Signature]*  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 6 พฤศจิกายน 2560

วันหมดอายุ : 5 พฤศจิกายน 2561

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย..... 168.1/60  
- 6 พ.ย. 2560
- 4) แบบสอบถาม วันที่รับรอง.....  
วันหมดอายุ..... - 5 พ.ย. 2561

## เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient /Participation Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย บัจฉัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง  
กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุชาดา ใจชื่อ นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 1873 หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ถ. พระราม 4 เขตปทุมวัน แขวงปทุมวัน กทม. 10330

(ที่บ้าน) 1873 หอพักพยาบาลสถิต ถ. พระราม 4 เขตปทุมวัน แขวงปทุมวัน กทม. 10330

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2564553-5

โทรศัพท์มือถือ 081-9083558 E-mail : kinggy19@gmail.com



เลขที่โครงการวิจัย... 168-1/60  
วันที่รับรอง... - 6 พ.ย. 2560  
วันหมดอายุ... - 5 พ.ย. 2561

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3.1 ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง  
จำนวน 121 คน
- 2) มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารเข้าใจ
- 3) มีความสมัครใจ และยินดีในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
- 4) เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูงตาม โครงการแบ่งปันที่ดิน การพัฒนาพื้นที่การอยู่อาศัยจากแนวราบสู่แนวสูง ของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร

4. เมื่อท่านยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กรุณาให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือตอบคำถามการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 41 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ 5) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 12 ข้อ และ 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 21 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 108 ข้อ โดยการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และอาจใช้ระยะเวลาให้สัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม 1-2 ครั้ง โดยมีระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ และท่านสามารถปฏิเสธที่จะไม่ตอบคำถามในข้อที่ท่านไม่ต้องการ



ตอบหรือให้ข้อมูล ถ้าหากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเลือกตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจะขอให้ตอบเลยแล้ว ผู้วิจัยจะรวบรวมหรือผู้วิจัยจะขอมารับในภายหลัง

5. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คาดว่ามีความเสี่ยงน้อย แต่จะรบกวนเวลาส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม ในระหว่างการสอบถาม หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรู้สึกไม่สบายใจหรือเศร้าสะเทือนใจสามารถที่จะขอพัก การให้ข้อมูลได้ จนกว่าท่านจะรู้สึกดีขึ้น และผู้วิจัยจะสอบถามว่ายินดีจะให้ข้อมูลต่อหรือไม่ หรือนัดหมาย ภายหลัง หรือจะขอยุติ นอกจากนี้ผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจะให้การดูแล โดยการพูดคุย สอบถามถึงปัญหา เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ระบายความรู้สึก รวมทั้งประสานงานส่งต่อข้อมูลให้กับทีมบุคลากรทาง สุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย ซึ่งเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลชุมชน อาคารทรัพย์สิน 26-7

6. ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมวิจัย ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วม โดยตรง แต่การตอบแบบสอบถามทำให้ท่านได้มีโอกาสทบทวนการดูแลสุขภาพของท่าน และหากท่านมีข้อ สงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อาจสอบถามข้อมูลได้ภายหลังการตอบแบบสอบถามจากผู้วิจัยที่เป็นพยาบาล วิชาชีพ และผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สามารถนำมาพัฒนางานด้านการดูแลให้ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

7. การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือหากเข้าร่วมแล้ว ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ในทุกขั้นตอน/ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรือ ผลกระทบใดๆ

8. หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัย หรือเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถ สอบถามจากผู้วิจัยได้ในระหว่างที่ท่านให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม

9. ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการตอบแบบสอบถามโดยผ่านผู้นำชุมชน ใน กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลงานวิจัยสะดวกและสามารถเดินทางได้เอง ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายที่ลานกิจกรรมของ ชุมชน กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลงานวิจัยไม่สะดวก หรือไม่สามารถเดินทางได้เอง ผู้วิจัยขออนุญาตไปพบผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัยที่บ้าน โดยผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครจะเป็นผู้พาไป

10. ข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านจะไม่ปรากฏในรายงาน และจะถูกทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว

11. การเข้าร่วมวิจัยนี้ไม่มีค่าชดเชยการเสียเวลาให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แต่จะมีของที่ระลึก คือ ผ้าขนหนูผืนเล็ก

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนน พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ - โทรสาร 02-218-3202 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)



ขอขอบพระคุณในความร่วมมือนี  
ของท่านมา ณ ที่นี้

เลขที่โครงการวิจัย..... 168-1/60  
วันที่รับรอง..... - 6 พ.ย. 2560  
วันหมดอายุ..... - 5 พ.ย. 2561

AF 05-07

## ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง

กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุชาดา ใจชื่อ

ที่อยู่ติดต่อ (ที่ทำงาน) 1873 หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถนน พระราม 4

แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

(ที่บ้าน) 1873 หอพักพยาบาลรสถิต ถนน พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

10330

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2564553 โทรศัพท์มือถือ 081-9083558

E-mail: kinggy19@gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ามีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ดังต่อไปนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 41 ข้อ 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 12 ข้อ 5) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 12 ข้อ และ 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 21 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 108 ข้อ โดยการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และอาจใช้ระยะเวลาให้สัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม 1-2 ครั้ง โดยมีระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ เมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย ภายใต้งานใจที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะไม่มีเหตุขอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

เลขที่โครงการวิจัย 168.1/60

- 6 พ.ย. 2560

วันที่รับรอง.....

- 5 พ.ย. 2561

วันหมดอายุ.....





เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในอาคารสูง กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ชื่อผู้ให้ข้อมูล นาย นาง นางสาว.....

ว/ด/ป ที่สัมภาษณ์.....

เริ่มเวลา.....

สิ้นสุดเวลา.....

รวมระยะเวลา.....

สัมภาษณ์ไม่ได้เพราะ.....

เลขที่บันทึกข้อมูล.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ :** แบบสอบถามส่วนนี้จะถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย (v) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ..... ปี
2. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
3. ท่านพักหรืออาศัยอยู่ชั้นไหน ชั้นที่..... (ระบุชั้นที่พัก)
4. ระยะเวลาที่พักอาศัย.....ปี
5. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่าร้าง ( ) 5. แยกกันอยู่
6. ระดับการศึกษา ( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( ) 5. ปวส./อนุปริญญา ( ) 6.ปริญญาตรี ( ) 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. แหล่งที่มาของรายได้ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) 1. การทำงานของตนเอง ( ) 2. ดอกเบี้ยเงินออม ( ) 3. คู่สมรส ( ) 4. บุตร ( ) 5. ญาติ ( ) 6. เงินบำเหน็จ บำนาญ ( ) 7. เบี้ยยังชีพ ( ) 8. อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. รายได้ (บาท/เดือน) ( ) 1. ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท ( ) 2. 2,000-5,000 บาท ( ) 3. 5,001-10,000 บาท ( ) 4. 10,001-20,000 บาท ( ) 5. มากกว่า 20,000 บาท
9. ความเพียงพอของรายได้ ( ) 1. เพียงพอ ( ) 2. ไม่เพียงพอ
10. การอยู่อาศัยปัจจุบันท่านพักอยู่กับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) 1. อยู่กับคู่สมรส ( ) 2. อยู่กับคู่สมรสและบุตร ( ) 3. อยู่กับบุตร ( ) 4. อยู่กับญาติ ( ) 5. อยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ ( ) 6. อยู่ตามลำพัง
11. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (นับรวมผู้สูงอายุ) ( ) 1. ระบุ..... คน ( ) 2. อยู่คนเดียว
12. โรคประจำตัว ( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มี โปรดระบุ..... ( ) 3. ไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจ

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการกระทำหรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำในชีวิตประจำวัน ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความ ผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านให้ฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับการกระทำของท่านมากที่สุด โดยการเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บ่อย หรือปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือปฏิบัติ 2-3 วัน/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
<b>ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</b>				
1. ท่านติดตามข่าว อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือจากสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ				
2.....				
6.....				
<b>กิจกรรมทางกาย</b>				
7. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป				
8.....				
10.....				
<b>โภชนาการ</b>				
11. ท่านรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่				
12.....				
18.....				
<b>การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b>				
19. ท่านได้พูดคุยปรึกษาหารือกับบุคคลในครอบครัว และญาติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ				
20.....				
25.....				
<b>การพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b>				
26. ท่านยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การใช้ชีวิตที่เร่งรีบในเมือง การต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพัง เพื่อให้ลูกหลานไปทำงาน				
27.....				
33.....				
<b>การจัดการกับความเครียด</b>				
34. ท่านบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขได้				
35.....				
41.....				

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการกระทำ หรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำในชีวิตประจำวัน ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความ ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านให้ฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านมากที่สุด โดยการเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การได้ปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรทางทีมสุขภาพทำให้ท่านมีสุขภาพดี					
2.....					
3.....					
10. การได้ฟังข่าวสารด้านสุขภาพเป็นการทำให้ท่านดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการกระทำ หรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำในชีวิตประจำวัน ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความ ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านให้ฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านมากที่สุด โดยการเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพเพราะรู้สึกเสียเวลาในการต่อคิวที่นาน					
2.....					
3.....					
4.....					
12. จิตใจที่ไม่สงบ ทำให้ท่านแก้ปัญหาความเครียดได้ยาก					

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการกระทำ หรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำในชีวิตประจำวัน ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความ ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านให้ฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านมากที่สุด โดยการเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมืออยู่รอบตัวถ้าตั้งใจและสนใจจริง					
2.....					
3.....					
4.....					
12. ท่านสามารถช่วยครอบครัวเลี้ยงดูบุตรหลานให้เติบโตมาเป็นคนดีแก่สังคมได้					

### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลอื่น หรือจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านให้ฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย (v) ลงในช่องด้านขวามือท่านเลือกตอบตรงความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด

การสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b> 1. ท่านได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลใน ครอบครัว ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย 2..... 4.....					
<b>การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า</b> 5. บุคคลในครอบครัวให้การยกย่อง และเคารพนับถือ ในตัวท่าน 6..... 8.....					
<b>การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</b> 9. ท่านมักจะได้รับการยืมให้ หรือการทักทายจากบุคคล อื่นเมื่อได้พบเจอกัน 10..... 12.....					
<b>การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ</b> 13. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ประจำวันจากบุคคลในครอบครัว เมื่อจำเป็นหรือ ต้องการ 14..... 17.....					
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b> 18. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อ การมีสุขภาพที่ดี จากบุคคลในครอบครัว และจาก บุคคลอื่น 19..... 21.....					





**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability****Reliability Statistics A**

Cronbach's Alpha	N of Items
.864	41

**Reliability StatisticsA1**

Cronbach's Alpha	N of Items
.907	6

**Reliability Statistics A2**

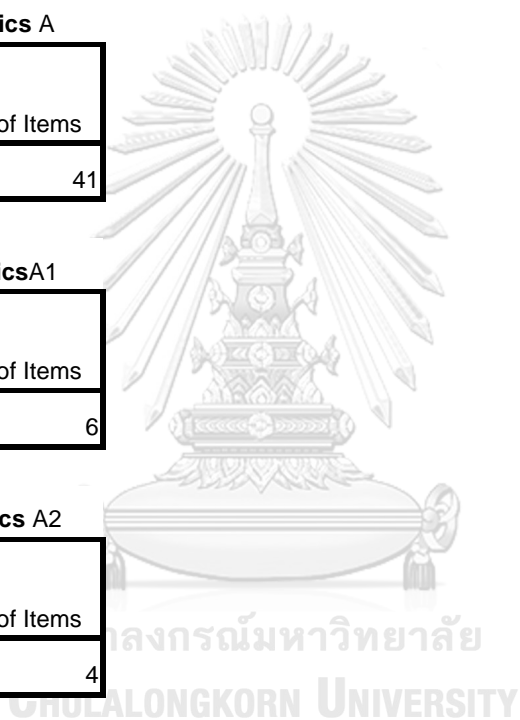
Cronbach's Alpha	N of Items
.912	4

**Reliability StatisticsA3**

Cronbach's Alpha	N of Items
.483	8

**Reliability StatisticsA4**

Cronbach's Alpha	N of Items
.825	7



**Reliability StatisticsA5**

Cronbach's Alpha	N of Items
.892	8

**Reliability StatisticsA6**

Cronbach's Alpha	N of Items
.712	8

**Reliability Statistics B**

Cronbach's Alpha	N of Items
.877	10

**Reliability Statistics C**

Cronbach's Alpha	N of Items
.804	12

**Reliability Statistics D**

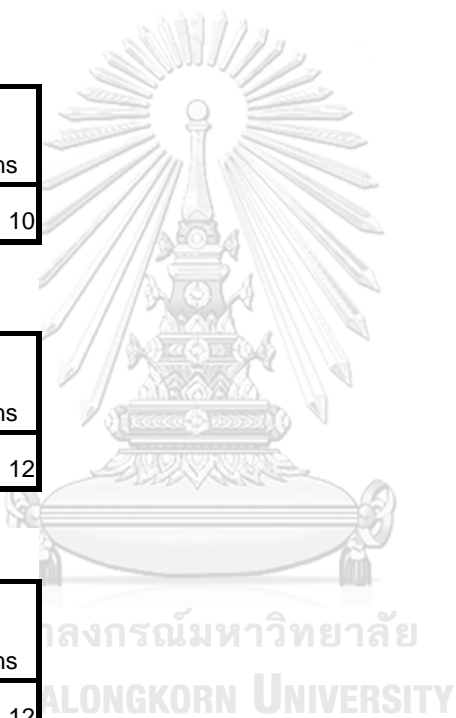
Cronbach's Alpha	N of Items
.848	12

**Reliability Statistics E**

Cronbach's Alpha	N of Items
.952	21

**Reliability Statistics E1**

Cronbach's Alpha	N of Items
.879	4



**Reliability Statistics E2**

Cronbach's Alpha	N of Items
.965	4

**Reliability Statistics E3**

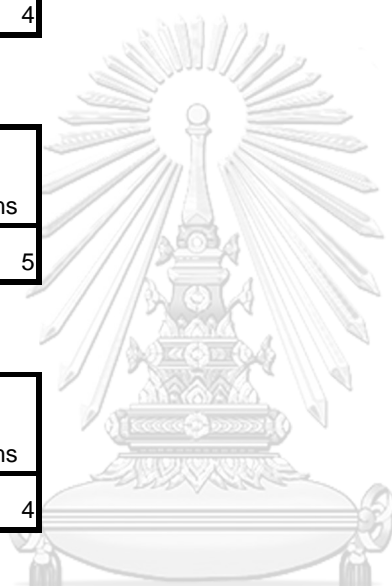
Cronbach's Alpha	N of Items
.841	4

**Reliability Statistics E4**

Cronbach's Alpha	N of Items
.854	5

**Reliability Statistics E5**

Cronbach's Alpha	N of Items
.811	4



อายุ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-69	68	58.1	58.1	58.1
	70-79	40	34.2	34.2	92.3
	มากกว่า หรือเท่ากับ 80	9	7.7	7.7	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## เพศ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ชาย	55	47.0	47.0	47.0
	หญิง	62	53.0	53.0	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## ชั้นที่พัก

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ชั้นที่ 1-8	26	22.2	22.2	22.2
	ชั้นที่ 9-18	66	56.4	56.4	78.6
	ชั้นที่ 19-26	25	21.4	21.4	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## ระยะเวลาที่อยู่อาศัย

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-7 ปี	8	6.8	6.8	6.8
	8-14 ปี	15	12.8	12.8	19.7
	มากกว่า 14 ปี	94	80.3	80.3	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## สถานภาพสมรส

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	โสด	8	6.8	6.8	6.8
	คู่	66	56.4	56.4	63.2
	หม้าย	37	31.6	31.6	94.9
	หย่าร้าง	5	4.3	4.3	99.1
	แยกกันอยู่	1	.9	.9	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## ระดับการศึกษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่ได้เรียนหนังสือ	21	17.9	17.9	17.9
	ประถมศึกษา	82	70.1	70.1	88.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	6	5.1	5.1	93.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	6	5.1	5.1	98.3
	ปวส/อนุปริญญา	1	.9	.9	99.1
	ปริญญาตรี	1	.9	.9	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## รายได้

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	30	25.6	25.6	25.6
	2,000-5,000 บาท	47	40.2	40.2	65.8
	5,001-10,000 บาท	21	17.9	17.9	83.8
	10,001-20,000 บาท	16	13.7	13.7	97.4
	มากกว่า 20,000 บาท	3	2.6	2.6	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## ความเพียงพอรายได้

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	เพียงพอ	39	33.3	33.3	33.3
	ไม่เพียงพอ	77	65.8	65.8	99.1
	5	1	.9	.9	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## การอยู่อาศัย

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	อยู่กับคู่สมรส	23	19.7	19.7	19.7
	อยู่กับคู่สมรสและบุตร	40	34.2	34.2	53.8
	อยู่กับบุตร	31	26.5	26.5	80.3
	อยู่กับญาติ	9	7.7	7.7	88.0
	อยู่ตามลำพัง	14	12.0	12.0	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## การอยู่อาศัย

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	อยู่กับคู่สมรส	23	19.7	19.7	19.7
	อยู่กับคู่สมรสและบุตร	40	34.2	34.2	53.8
	อยู่กับบุตร	31	26.5	26.5	80.3
	อยู่กับญาติ	9	7.7	7.7	88.0
	อยู่ตามลำพัง	14	12.0	12.0	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## จำนวนสมาชิกในครอบครัว

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	อยู่คนเดียว	14	12.0	12.0	12.0
	2-5 คน	89	76.1	76.1	88.0
	6-9 คน	14	12.0	12.0	100.0
	Total	117	100.0	100.0	

## โรคประจำตัว

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ไม่มี	32	27.4	27.4	27.4
มี	75	64.1	64.1	91.5
ไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจ	10	8.5	8.5	100.0
Total	117	100.0	100.0	

## เบหwaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใชั	31	26.5	26.5	26.5
ไม่ใชั	86	73.5	73.5	100.0
Total	117	100.0	100.0	

## ไขมััน

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใชั	24	20.5	20.5	20.5
ไม่ใชั	93	79.5	79.5	100.0
Total	117	100.0	100.0	

## คววมคััน

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใชั	58	49.6	49.6	49.6
ไม่ใชั	59	50.4	50.4	100.0
Total	117	100.0	100.0	



## กลิ่นเนื้อ กระดูกและข้อ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใช่	4	3.4	3.4	3.4
ไม่ใช่	113	96.6	96.6	100.0
Total	117	100.0	100.0	

## หลอดเลือดสมอง

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใช่	13	11.1	11.1	11.1
ไม่ใช่	104	88.9	88.9	100.0
Total	117	100.0	100.0	

## หัวใจ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใช่	10	8.5	8.5	8.5
ไม่ใช่	107	91.5	91.5	100.0
Total	117	100.0	100.0	

## ระบบทางเดินหายใจ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใช่	5	4.3	4.3	4.3
ไม่ใช่	112	95.7	95.7	100.0
Total	117	100.0	100.0	

## มะเร็ง

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใช่	2	1.7	1.7	1.7
ไม่ใช่	115	98.3	98.3	100.0

พระเรียง

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใช่	2	1.7	1.7	1.7
ไม่ใช่	115	98.3	98.3	100.0
Total	117	100.0	100.0	

คา

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ใช่	9	7.7	7.7	7.7
ไม่ใช่	108	92.3	92.3	100.0
Total	117	100.0	100.0	

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
พฤติกรรมรวม	117	2.27	3.76	3.0463	.31806
ความรับผิดชอบ	117	1.33	4.00	3.0399	.76740
กิจกรรมทางกาย	117	1.00	4.00	2.7927	.93558
โภชนาการ	117	1.38	3.75	2.8002	.46193
ปฏิสัมพันธ์	117	1.86	4.00	3.0488	.57821
จิตวิญญาณ	117	2.13	4.00	3.3622	.38715
ความเครียด	117	2.13	4.00	3.1058	.35073
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
การติดตามข่าวสาร	117	1	4	2.90	.904
การเอาใจใส่ สังเกต	117	1	4	3.11	.728
การสอบถามบุคคลากร	117	1	4	2.91	.979
ไม่ปล่อยอาการรุนแรง	117	1	4	3.09	.906
ตรวจตามนัด	117	1	4	3.14	1.159
รับประทานยา	117	1	4	3.09	1.160
Valid N (listwise)	117				



## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ออกกำลังกาย	117	1	4	2.60	1.107
ออกกำลังกายเบาๆเพิ่มแรง	117	1	4	2.76	1.014
ออกกำลังกายใช้แรง	117	1	4	2.85	.970
ออกกำลังกายสะสม	117	1	4	2.97	.946
Valid N (listwise)	117				



## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
อาหาร 5 หมู่	117	1	4	2.69	.895
อาหาร 3 มื้อ	117	1	4	2.75	1.166
อาหารไขมันต่ำ	117	1	4	2.95	.775
อาหารรสจัด	117	1	4	2.46	.979
อาหารสำเร็จรูป ปรุงเสร็จ	117	1	4	1.99	1.038
บุหรี	117	1	4	3.61	.982
แอลกอฮอล์	117	1	4	3.52	.979
กาแฟ น้ำอัดลม	117	1	4	2.43	1.309
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ปรึกษาคณบดีในครอบครัว	117	1	4	3.10	.814
ได้รับความรัก	117	1	4	3.24	.690
รับฟังความคิดเห็น	117	1	4	3.17	.634
ได้รับความช่วยเหลือเมื่อร้องขอ	117	1	4	3.08	.733
แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ	117	1	4	3.04	.814
ร่วมกิจกรรมในที่พัก	117	1	4	2.97	.987
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ยอมรับสภาพในเมือง	117	2	4	3.45	.533
ดูแลสุขภาพให้ดี	117	2	4	3.23	.515
แสวงหาความสุข	117	2	4	3.26	.544
ใช้สติแก้ปัญหา	117	2	4	3.26	.528
เตรียมพร้อมการเปลี่ยนแปลง	117	2	4	3.28	.523
ศึกษาค้นคว้าหาความรู้	117	2	4	3.46	.637
ทำให้งานบรรลุเป้าหมาย	117	2	4	3.26	.544
ยอมรับการสูงวัย	117	2	4	3.70	.513
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ปัญหาที่มีทางแก้	117	2	4	3.18	.535
หาเหตุและวิธี	117	1	4	3.19	.556
หมกมุ่นปัญหา	117	1	4	2.53	.738
ระบายความรู้สึกรับ	117	1	4	2.85	.769
หลีกเลี่ยงทะเลาะ	117	1	4	3.29	.696
ทำจิตใจให้สบาย	117	1	4	3.13	.701
มีวิธีผ่อนคลาย	117	1	4	3.24	.552
มองโลกในแง่ดี	117	3	4	3.44	.498
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
การรับรู้ ปย.	117	3.50	5.00	4.4214	.38926
การรับรู้ อป.	117	1.75	4.75	3.5698	.69403
การรับรู้ คสม.	117	3.17	5.00	4.2949	.41067
การสนับสนุน	117	2.52	5.00	4.2491	.46746
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ปฏิบัติตามคำแนะนำ	117	3	5	4.38	.679
ออกกำลังกายทำให้แข็งแรง	117	3	5	4.41	.632
ศาสนาขัดแย้ง	117	3	5	4.53	.518
ผัก ผลไม้ ท้องไม่ผูก	117	3	5	4.34	.604
สูราต่อให้เกิดโทษ	117	4	5	4.77	.423
พบปะผู้อื่นไม่เว้นหัว	117	1	5	4.39	.731
ความเครียดหมดทำกิจกรรมได้	117	3	5	4.37	.502
ทำคนให้เป็นประโยชน์	117	3	5	4.31	.533
หากิจกรรมคลายเครียด	117	3	5	4.41	.528
ฟังข่าวสารสุขภาพ	117	3	5	4.31	.579
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
รพ.กิวานาน	117	1	5	3.76	1.311
ตรวจสิ่งผิดปกติ	117	1	5	3.52	1.080
แอลกอฮอล์หึ่งเล็กน้อย	117	1	5	3.86	1.395
สวนสาธารณะไกล	117	1	5	3.47	1.263
สุขภาพเสื่อมไม่ออกไปไหน	117	1	5	3.41	1.509
ขาดแรงจูงใจ	117	2	5	3.86	.808
งานเลี้ยง เลี้ยงอาหาร	117	2	5	3.74	.968
ข้าวกล้องทำยาก	117	1	5	2.81	1.252
ฝึกปลอดภัย	117	1	5	3.45	1.110
อาคารสูงช่วยเหลือน้อยลง	117	1	5	3.53	1.200
อาคารสูงทำให้เจอนิวติน้อยลง	117	1	5	3.26	1.282
จิตใจไม่สงบแก้ปัญหายาก	117	1	5	4.15	.624
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ตรวจสุขภาพเองที่บ้าน	117	2	5	4.11	.569
ความรู้รอบตัว	117	3	5	4.20	.545
ออกมาทำกิจกรรม	117	1	5	4.29	.901
หากิจกรรมทำ	117	2	5	4.09	.702
ออกกำลังกายที่เหมาะสม	117	1	5	4.44	.736
ตั้งใจลดอาหารทอด	117	2	5	4.14	.681
เลือกผัก ผลไม้	117	2	5	4.09	.805
ทำความรู้จักคนอื่น	117	1	5	4.53	.714
เป็นที่ปรึกษาที่ดี	117	1	5	4.26	.781
ความคอบ	117	2	5	4.60	.542
วิธีจัดการความเครียด	117	2	5	4.41	.559
เป็นคนดี	117	1	5	4.38	.680
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
การสนับสนุน	117	2.52	5.00	4.2491	.46746
อารมณ์	117	1.50	5.00	4.2842	.57602
การยอมรับ	117	1.75	5.00	4.2885	.58411
เป็นส่วนหนึ่งสังคม	117	1.75	5.00	4.2799	.55531
สิ่งของ	117	2.20	5.00	4.2564	.54256
ข่าวสาร	117	2.50	5.00	4.1346	.61020
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ได้รับความรัก	117	2	5	4.30	.591
ไม่ถูกทอดทิ้ง	117	2	5	4.30	.660
ได้รับความใส่ใจ	117	1	5	4.32	.652
มีเพื่อนมาเยี่ยม	117	1	5	4.22	.821
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ได้รับการเคารพ	117	2	5	4.32	.582
รู้สึกมีคุณค่า	117	1	5	4.29	.617
ครอบครัวขอความช่วยเหลือ	117	2	5	4.30	.633
ยอมรับความคิดเห็น	117	2	5	4.25	.642
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ได้รับการชี้ทิศทาง	117	1	5	4.41	.659
มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น	117	2	5	4.25	.655
มีส่วนร่วมในครอบครัว	117	1	5	4.25	.642
รับรู้ปัญหา	117	1	5	4.21	.680
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ช่วยเหลือกิจกรรม	117	2	5	4.29	.644
จัดหาอาหาร	117	1	5	4.21	.705
ช่วยเหลือเงิน	117	1	5	4.27	.690
พาไปพบแพทย์	117	2	5	4.37	.690
ความสะดวกในการใช้บริการ	117	1	5	4.14	.808
Valid N (listwise)	117				

## Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ได้รับข้อมูลสุขภาพ	117	2	5	4.15	.638
คำแนะนำอุบัติเหตุ	117	1	5	4.02	.809
คำแนะนำสถานบริการสุขภาพ	117	1	5	4.07	.763
กล่าถามแพทย์	117	1	5	4.30	.931
Valid N (listwise)	117				



Group Statistics

เพศ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
พฤติกรรมรวม	ชาย	55	3.0430	.34227	.04615
	หญิง	62	3.0492	.29775	.03781

Group Statistics

เพศ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
พฤติกรรมรวม	ชาย	55	3.0430	.34227	.04615
	หญิง	62	3.0492	.29775	.03781
ความรับผิดชอบ	ชาย	55	3.0061	.81268	.10958
	หญิง	62	3.0698	.73024	.09274
กิจกรรมทางกาย	ชาย	55	2.9591	.98221	.13244
	หญิง	62	2.6452	.87374	.11096
โภชนาการ	ชาย	55	2.6568	.49196	.06634
	หญิง	62	2.9274	.39564	.05025
ปฏิสัมพันธ์	ชาย	55	3.0961	.58000	.07821
	หญิง	62	3.0069	.57808	.07342
จิตวิญญาณ	ชาย	55	3.3818	.38220	.05154
	หญิง	62	3.3448	.39378	.05001
ความเครียด	ชาย	55	3.1136	.30550	.04119
	หญิง	62	3.0988	.38884	.04938

## Correlations

		1	2	3	4	5
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	1	.658**	-.036	.632**	.627**
	Sig. (2-tailed)		.000	.698	.000	.000
	N	117	117	117	117	117
การรับรู้ประโยชน์	Pearson Correlation	.658**	1	.061	.634**	.519**
	Sig. (2-tailed)	.000		.510	.000	.000
	N	117	117	117	117	117
การรับรู้อุปสรรค	Pearson Correlation	-.036	.061	1	-.086	.029
	Sig. (2-tailed)	.698	.510		.355	.757
	N	117	117	117	117	117
การรับรู้ความสามารถ	Pearson Correlation	.632**	.634**	-.086	1	.655**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.355		.000
	N	117	117	117	117	117
การสนับสนุนทางสังคม	Pearson Correlation	.627**	.519**	.029	.655**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.757	.000	
	N	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
การรับรู้ ประโยชน์	Pearson Correlation	1	.658**	.397**	.297**	.156	.520**	.552**	.447**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.001	.093	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	.658**	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ	Pearson Correlation	.397**	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	.297**	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	.156	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.093	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล	Pearson Correlation	.520**	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พัฒนาทางจิต วิญญาณ	Pearson Correlation	.552**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จัดการ ความเครียด	Pearson Correlation	.447**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
การรับรู้อุปสรรค	Pearson Correlation	1	-.036	.002	-.216*	-.059	.075	-.014	.101
	Sig. (2-tailed)		.698	.980	.019	.528	.423	.878	.276
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	-.036	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.698		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
รับผิดชอบต่อสุขภาพ	Pearson Correlation	.002	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.980	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	-.216*	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.019	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	-.059	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.528	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์	Pearson Correlation	.075	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.423	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จิตวิญญาณ	Pearson Correlation	-.014	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.878	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จัดการความเครียด	Pearson Correlation	.101	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.276	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
การรับรู้ ความสามารถ	Pearson Correlation	1	.632**	.374**	.350**	.155	.466**	.470**	.463**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.096	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ	Pearson Correlation	.632**	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
รับผิดชอบต่อ สุขภาพ	Pearson Correlation	.374**	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	.350**	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	.155	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.096	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์	Pearson Correlation	.466**	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จิตวิญญาณ	Pearson Correlation	.470**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จัดการความเครียด	Pearson Correlation	.463**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
การสนับสนุนทางสังคม	Pearson Correlation	1	.632**	.382**	.252**	.176	.532**	.408**	.526**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.006	.058	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	.632**	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	Pearson Correlation	.382**	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	.252**	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.006	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	.176	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.058	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	Pearson Correlation	.532**	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พัฒนาทางจิตวิญญาณ	Pearson Correlation	.408**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จัดการความเครียด	Pearson Correlation	.526**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
อารมณ์	Pearson Correlation	1	.467**	.198*	.146	.135	.469**	.294**	.470**
	Sig. (2-tailed)		.000	.032	.116	.146	.000	.001	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	.467**	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	Pearson Correlation	.198*	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.032	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	.146	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.116	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	.135	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.146	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	Pearson Correlation	.469**	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พัฒนาทางจิตวิญญาณ	Pearson Correlation	.294**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จัดการความเครียด	Pearson Correlation	.470**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
การยอมรับ	Pearson Correlation	1	.514**	.234*	.184*	.136	.425**	.394**	.534**
	Sig. (2-tailed)		.000	.011	.047	.145	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	.514**	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	Pearson Correlation	.234*	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.011	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	.184*	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.047	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	.136	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.145	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	Pearson Correlation	.425**	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พัฒนาทางจิตวิญญาณ	Pearson Correlation	.394**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จัดการความเครียด	Pearson Correlation	.534**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)



## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
เป็นส่วนหนึ่งสังคม	Pearson Correlation	1	.577**	.284**	.342**	.167	.500**	.351**	.432**
	Sig. (2-tailed)		.000	.002	.000	.071	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	.577**	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความรับผิดชอบ	Pearson Correlation	.284**	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.002	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	.342**	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	.167	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.071	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์	Pearson Correlation	.500**	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จิตวิญญาณ	Pearson Correlation	.351**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความเครียด	Pearson Correlation	.432**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
สิ่งของ	Pearson Correlation	1	.433**	.295**	.094	.085	.366**	.318**	.409**
	Sig. (2-tailed)		.000	.001	.315	.363	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	.433**	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	Pearson Correlation	.295**	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.001	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	.094	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.315	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	.085	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.363	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	Pearson Correlation	.366**	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พัฒนาทางจิตวิญญาณ	Pearson Correlation	.318**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จัดการความเครียด	Pearson Correlation	.409**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## Correlations

		1	2	3	4	5	6	7	8
ข่าวสาร	Pearson Correlation	1	.582**	.484**	.264**	.208*	.410**	.329**	.332**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.004	.024	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Pearson Correlation	.582**	1	.721**	.521**	.463**	.626**	.633**	.557**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความรับผิดชอบ	Pearson Correlation	.484**	.721**	1	.275**	.288**	.245**	.382**	.190*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.003	.002	.008	.000	.040
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
กิจกรรมทางกาย	Pearson Correlation	.264**	.521**	.275**	1	.103	.136	.177	.109
	Sig. (2-tailed)	.004	.000	.003		.270	.143	.056	.241
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
โภชนาการ	Pearson Correlation	.208*	.463**	.288**	.103	1	.102	.020	.057
	Sig. (2-tailed)	.024	.000	.002	.270		.274	.829	.544
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ปฏิสัมพันธ์	Pearson Correlation	.410**	.626**	.245**	.136	.102	1	.335**	.378**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.008	.143	.274		.000	.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
จิตวิญญาณ	Pearson Correlation	.329**	.633**	.382**	.177	.020	.335**	1	.465**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.056	.829	.000		.000
	N	117	117	117	117	117	117	117	117
ความเครียด	Pearson Correlation	.332**	.557**	.190*	.109	.057	.378**	.465**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.040	.241	.544	.000	.000	
	N	117	117	117	117	117	117	117	117

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุชาดา ใจชื่อ เกิดเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2542 และเข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

