

ปัจจัยค้ำดวงที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม  
ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน



นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THAI-MUSLIM  
ELDERLY MEMBERS OF ELDERLY CLUBS IN UPPER SOUTHERN REGION



Miss Sopit Thiprat

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
มุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

โดย

นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

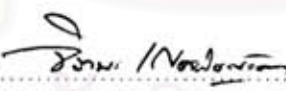
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์)

 ..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

 ..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

สถาบันราชภัฏรำไพพรรณี  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โสภิต ทิพย์รัตน์ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
มุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน. (SELECTED FACTORS RELATED  
TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THAI-MUSLIM ELDERLY  
MEMBERS OF ELDERLY CLUBS IN UPPER SOUTHERN REGION) อ. ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 144 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม  
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทาง  
สังคม กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้  
ตอนบน โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย  
เครื่องมือ 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่  
เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบประเมินพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้  
ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละส่วน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา  
ของครอนบาคเท่ากับ 0.80, 0.89, 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-  
Moment Correlation Coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์การันเจอร์ (Contingency Coefficient)

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.43$ )
2. ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.09$ )
3. ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.27$ )
4. อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนอย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r=0.10$ ) เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $C=0.25$ ) แต่สถานภาพ  
สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิม  
ภาคใต้ตอนบน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5. ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมต่างก็มี  
ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ( $r=0.54, 0.87$   
ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา ...พยาบาลศาสตร์... ลายมือชื่อนิติติ .....  
ปีการศึกษา .....2551.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....



## 4877630036 : NURSING SCIENCE

KEY WORDS: HEALTH PROMOTION BEHAVIORS/HEALTH BELIEF IN RELIGIOUS PRACTICE/SOCIAL SUPPORT/THAI-MUSLIM ELDERLY

SOPIT THIPRAT: SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THAI-MUSLIM ELDERLY MEMBERS OF ELDERLY CLUBS IN THE UPPER SOUTHERN REGION OF THAILAND. ADVISOR: ASSOC.PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 144 pp.

The objectives of this research were to study health promotion behaviors, social support and personal factors and the relationships between personal factors and social support with health promotion behaviors. Data were collected in 130 Thai-Muslim older persons who had joined the elderly clubs in the upper southern region of Thailand. The instrumentation employed in this study comprised the following 4 instruments: 1) Questionnaire on Personal Factors; 2) Health Belief in Religious Practice Evaluation; 3) Social Support Evaluation and 4) Health Promoting Behavior Evaluation. The instruments were tested for content validity by a panel of experts. All sections demonstrated acceptable reliability with Cronbach's Alpha at 0.80, 0.89, 0.85, respectively. Data were analyzed using Bivariate Correlation Coefficients and Contingency Coefficients.

The major findings can be summarized as follows:

1. The health promotion behavior of Thai-Muslim elderly members of elderly clubs in the upper southern region of Thailand was at a good level ( $\bar{X} = 3.43$ ).
2. The health belief in religious practice of Thai-Muslim elderly members of elderly clubs in the upper southern region of Thailand was at a high level ( $\bar{X} = 4.09$ ).
3. The social support of Thai-Muslim elderly members of elderly clubs in the upper southern region of Thailand was at a high level ( $\bar{X} = 4.27$ ).
4. Age was positively related to the health promotion behaviors of Thai-Muslim elderly at the statistically significant level of .05 ( $r = .10$ ), and gender was related to health promotion behaviors of Thai-Muslim elderly at the statistically significant level of .05 ( $c = .25$ ), but marital status, level of education and income were related to the health promotion behaviors of Thai-Muslim elderly in the upper southern region of Thailand with no statistical significance at the level of .05.
5. The health beliefs in religious practice and social support of the elderly were positively related to the health promotion behaviors of Thai-Muslim elderly at the statistically significant level of .05 ( $r = .54$ , .87, respectively).

Field of Study: Nursing Science..... Student's Signature: *Sopit Thiprat*  
 Academic Year: .....2008..... Advisor's Signature: *Jiraporn K. Wattana*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา และสละเวลาอันมีค่าเพื่อชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โภธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ อันมีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจ และข้อคิดที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านคลองม่วง หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านช่องพลี หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนางวง จังหวัดกระบี่, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอปากพนัง หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านนาเคียน หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านแสงวิมาน จังหวัดนครศรีธรรมราช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี สาธารณสุขอำเภอไชยา สาธารณสุขอำเภอกาญจนดิษฐ์ หัวหน้าสถานีอนามัยพุมเรียง หัวหน้าสถานีอนามัยท่าทองใหม่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทุกท่านที่เอื้ออำนวยในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุมุสลิมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจ อันเป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลเหนือคลองทุกท่านที่ให้การสนับสนุนเวลาในการศึกษาต่อ รวมทั้งขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณมารดาอันเป็นที่พึ่งพิงและแรงบันดาลใจของผู้วิจัยที่คอยมอบกำลังใจ ความห่วงใย และสนับสนุนช่วยเหลือตลอดมา ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และกัลยาณมิตรทุกท่านที่ทำให้กำลังใจช่วยเหลือสนับสนุนในการทำวิจัยเป็นอย่างดีตลอดมา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
การสูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	17
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ.....	43
บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	54

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	87
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย.....	91
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	102
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	102
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือใน การเก็บข้อมูลวิจัย.....	117
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	127
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	144



## สารบัญตาราง

ณ

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน ใน 3 จังหวัดที่สุ่มได้.....	56
2	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ .....	68
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน .....	70
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน.....	71
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ.....	72
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านเป็นส่วนหนึ่งของสังคม.....	73
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านข้อมูลข่าวสาร.....	74
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านอารมณ์.....	75
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า.....	76
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน.....	77
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านโภชนาการ.....	78
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ.....	79
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการจัดการกับความเครียด.....	80

ตาราง	หน้า
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านกิจกรรมทางกาย..... 81
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล..... 82
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ..... 83
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความเชื่อทาง ศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน..... 84
19	ค่าสัมประสิทธิ์การถ่วงระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน..... 85
20	จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน จำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้ และโรคประจำตัว..... 143

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุมาจากการเสื่อมตามวัย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) หรือเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิมในประเทศไทยของ ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ (2548) พบว่าชาวมุสลิมในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 34.92 โรคเบาหวานร้อยละ 14.40 และพบมากที่สุดและผู้สูงอายุมุสลิมที่อาศัยอยู่ทางภาคใต้

ภาคใต้มีจำนวนประชากรมุสลิมมากที่สุดในประเทศไทยร้อยละ 30.6 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) ทั้งนี้ในเขตภาคใต้ตอนบนประกอบไปด้วย 7 จังหวัด คือ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา ภูเก็ต กระบี่ และนครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรสูงอายุประมาณ 807,000 คน คิดเป็นร้อยละ 9.21 ของประชากรทั้งหมดในเขตภาคใต้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548) จากการศึกษาของศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ (2548) พบว่า มุสลิมในเขตภาคใต้ตอนบนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.1 โรคหัวใจร้อยละ 9.44 และโรคเบาหวานร้อยละ 9.09 จะเห็นได้ว่าโรคดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถป้องกันและแก้ไขได้หากมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากวิถีชีวิตของคนไทยในชนบทภาคใต้มีลักษณะที่เฉพาะตามค่านิยมพื้นฐาน และประเพณีวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา

จากการที่ประชากรนับถือศาสนาอิสลามซึ่งมีวัฒนธรรม ความเชื่อในการดำเนินชีวิตแตกต่างจากศาสนาอื่น ๆ เช่น ความเชื่อทางด้านสุขภาพของชาวมุสลิมที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากพระเจ้าเป็นเจ้ากำหนด หรือเกิดจากพระเจ้าลงโทษ ไม่มีผู้ใดเปลี่ยนแปลงได้นอกจากพระองค์เท่านั้น (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535) จากความเชื่อดังกล่าวทำให้ชาวไทยมุสลิมบางคนมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อตามหลักศาสนา อาทิ เช่น การศึกษาของ กนกวรรณ จันทร์แดง (2541) ที่พบปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปีของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี มี

ร้อยละ 99 ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร นิยมรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน และมักปรุงอาหารให้มีรสหวานขณะรับประทาน เป็นต้น และการศึกษาของเตื่อนจิตร์ ภักดีพรหม (2548) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำโดยออกกำลังกายไม่เหมาะสมเกินร้อยละ 50 สำหรับปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคซึ่งเป็นไปตามวัฒนธรรมอิสลามและวิถีชีวิตมุสลิม มักดื่มชา กาแฟ และรับประทานโรตีสายเป็นอาหารเช้า เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายและสะดวกในการรับประทาน

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีจุดเริ่มต้นมาจากประสบการณ์และลักษณะเฉพาะบุคคล ความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง (Cobb, 1976) จะต้องมีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ส่วนใหญ่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว (Pender และคณะ, 2006) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง (ชลธิชา จันทศิริ, 2549) และจากการศึกษาความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนาพบว่า ความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เตื่อนจิตร์ ภักดีพรหม, 2548)

ปัจจุบันพบว่า การรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย การพูดคุยบอกเล่าประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจให้สมาชิกด้วยกันฟัง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในวัยสูงอายุ และการตรวจร่างกายประจำปี ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะพูดคุยกับบุคคลวัยเดียวกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมีการรวมกลุ่มกันเพื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่าในเมือง (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, กฤตยา อาชวนิจกุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546) จากข้อมูลล่าสุดพบว่า ในเขตพื้นที่ภาคใต้ตอนบน 7 จังหวัดมีชมรมผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 475 ชมรม มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก 138,387 คน (สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2549) ทั้งนี้ผู้สูงอายุรวมตัวพบกัน ณ ห้องประชุมของสถานีนอนามัย หรือห้องประชุมขององค์การบริหารส่วนตำบลของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุมาพบกันเพื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุได้สะดวกทั้งจากการเดินทาง อยู่ใกล้ชุมชนที่อยู่อาศัยของสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุที่มารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมเหล่านี้ถือได้ว่าให้ความสนใจต่อกิจกรรมการรวมกลุ่ม รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะสนใจต่อสุขภาพระดับหนึ่ง ขณะเดียวกันพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมด้านอื่น ๆ ตามแนวคิดของ Pender และคณะ (2006) อันได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด สำหรับผู้สูงอายุ

มุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเหล่านี้ยังไม่มีการศึกษาหรือข้อมูลที่ชัดเจน ทำให้การส่งเสริมสุขภาพหรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ อาจไม่ตรงตามสภาพปัญหาที่แท้จริง เหล่านี้จึงเป็นหน้าที่บทบาทของพยาบาลในการให้การส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือ ผู้สูงอายุ ทั้งนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีย่อมเกิดจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับองค์ความรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นชาวมุสลิมเหล่านี้เป็นอย่างไร ตลอดจนมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการที่จะดูแลช่วยเหลือบุคคลในกลุ่มนี้

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบนเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน



## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behaviors) ของ Pender และคณะ (2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Pender และคณะ (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behaviors) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสมกับทุกสภาวะแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่

1. **ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง มีการตรวจร่างกายสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงการได้รับการบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพ และมีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองจากสื่อต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ และจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ จากการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่าผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยรับประทานยาตรงตามแพทย์สั่ง มีการตรวจร่างกายประจำปี และมารับการตรวจรักษากับแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ ลู่เกียง (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงจะมีอายุยืนยาว ต่างจากการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี

2. **กิจกรรมทางกาย** เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ช่วยให้ออกกำลังกาย และข้อต่อต่างๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหว ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกาย โดยเลือกให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกายของแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายได้ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ

ต้นดีวัฒนเสถียร (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายค่อนข้างดี แต่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของวาสนา เกื้อนวนงษ์ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย

3. **โภชนาการ** เป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม มีประโยชน์ และได้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยจะช่วยให้

ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีอายุยืนยาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ ภูเกียงพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวจะมีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดีซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกนกวรรณ จันทรแดง (2541) ที่พบว่าผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ ชอบรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน แง่ใส่กะทิ อาหารที่มีรสหวาน

**4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** เป็นการกระทำที่แสดงถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นอย่างเป็นระบบโดยการติดต่อกับบุคคลในสังคม ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด และการดูแลช่วยเหลือต่างๆจากผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว (บรรลู่ ศิริพานิช, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ดีช่วยให้เกิดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมาและสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับดี ลักษณะของสังคมไทยจะอยู่ร่วมกันฉันท์เครือญาติมีความเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน เป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมา แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ อินคุ่ม (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมต่างๆในสังคม เพราะร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการเดินทาง ต้องพึ่งลูกหลานให้พาไป จึงทำให้เกิดความรู้สึกเกรงใจไม่อยากไปไหน

**5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ** เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตใจของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อ ความหวัง การให้อภัย ชีวิตหลังความตาย รวมถึงการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น (แสงเดือน พรหมแก้วงาม, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของนิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณสูงใช้หลักคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เข้าใจธรรมชาติ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ได้รับการดูแลเอาใจใส่ยกย่องนับถือ ก่อให้เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเองอีกด้วย

**6. การจัดการกับความเครียด** เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การนั่งสมาธิ หรือการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง ซึ่งถ้าหากไม่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้จะทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า การทำจิตใจให้สงบจะทำให้อายุยืนยาว (บรรลู่ ศิริพานิช, 2546) วิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น

รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเอง และ การจัดการกับอารมณ์ เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางกลไกการรู้คิด การรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ ซึ่งในการวิจัยนี้เลือกตัวแปรลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านี้ ดังนี้

**เพศ** เป็นความแตกต่างทางร่างกาย และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งจากการศึกษาของสไตล ศรีสอาด (2540) และพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย แต่ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

**อายุ** เป็นข้อบ่งชี้ถึง ความแตกต่างของบุคคลในด้านพัฒนาการวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการ จากการศึกษาของนิรมล อินทฤทธิ์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุดจากทุกกลุ่มอายุซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

**ระดับการศึกษา** เป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; ชลธิชา จันทศิริ, 2549; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

**สถานภาพสมรส** เป็นข้อบ่งชี้ระบบของสถานครอบครัว ซึ่งจะกำหนดบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอื่นๆ (ชลธิชา จันทศิริ, 2549; ไพจิตรา ล้อสกุลทอง, 2545 )

**รายได้** เป็นข้อบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ศรีบริกิจ (2548) และไพจิตรา ล้อสกุลทอง (2545) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย แต่ในสังคมไทย

ปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่โดยเฉพาะในเขตเมืองไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ (นภาพร ชโยวรรณ, 2548)

**ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ** ศาสนามักมีผลต่อวิถีชีวิต การปฏิบัติตนของบุคคล ทั้งนี้ เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2542) กล่าวว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หมายถึง ผู้นอบน้อมมอบตนต่อพระเจ้า แต่เพียงผู้เดียวอย่างสิ้นเชิง มีวัฒนธรรมอิสลามเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และกำหนดพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมอนามัยด้วย มุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลามที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์อัลกุรอาน และซุนนะหฺ และจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ปัจจัยส่วนบุคคล อันเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมของบุคคล 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ วิเคราะห์หาวิธีการที่ทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยความต้องการ และความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ได้แก่ ความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนาเป็นวัฒนธรรมอิสลาม เป็นหนึ่งปัจจัยของปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อความสามารถในการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและจากการศึกษาของสาดี เฉลิมวรรณพงษ์ (2530) พบว่า ชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก แสดงถึงการมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมตามมา

**การสนับสนุนทางสังคม** (Social support) จากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลที่เป็นปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรมที่สำคัญเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องเห็นคุณค่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดได้ในชีวิตได้ (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ซึ่งการสนับสนุนส่วนใหญ่ได้จากบุคคลในครอบครัว (Pender และคณะ 2006) โดยได้รับจากบุตรมากที่สุด (ภาวิดา พรหมขุนทอง, 2549) ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย (ชลธิชา จันทศิริ, 2549; ทศพร ศรีบริกิจ, 2548)



จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
2. อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
3. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
4. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
5. รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
6. ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน

ประชากร คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตจังหวัด ภาคใต้ตอนบน จำนวนทั้งสิ้น 130 คน ที่ทำการสุ่มได้จากเขตพื้นที่จังหวัดกระบี่ นครศรีธรรมราช และสุราษฎร์ธานี

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** (Health-Promoting Behaviors) หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมุสลิมปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งผลลัพธ์ในด้านบวก ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทุกปัญหาในการดำรงชีวิต เพิ่มความสามารถในหน้าที่ และพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกขั้นตอนให้ดีขึ้น ตามแนวคิดของ Pender และคณะ (2006) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพ โดยเมื่อเกิดโรคแล้วรีบรักษาไม่ปล่อยให้อาการของโรครุนแรงหรือสิ้นหวัง หากมีความจำเป็นถึงแก่ชีวิตที่จะต้องรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็ต้องรักษาแม้ว่าจะจะเป็นแพทย์ซึ่งต่างเพศกับผู้สูงอายุมุสลิมก็ตาม และให้ความสำคัญเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย

2) กิจกรรมทางกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ก็ตาม ที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย แล้วเกิดการใช้พลังงานทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที และทำเป็นประจำ 3 ครั้ง/ สัปดาห์ การออกกำลังกายโดยเริ่มจากการออกแรงเบา ๆ ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มความเข้มข้น เมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกาย ค่อย ๆ ลดแรงลงทีละน้อย ไม่หยุดออกแรงทันที โดยไม่ขัดแย้งกับหลักศาสนา ได้แก่ การเดิน การวิ่ง การปั่นจักรยาน การรำไม้พลอง และฝึกกายบริหาร เป็นต้น

3) โภชนาการ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการรับประทานอาหารตามหลักศาสนาอิสลาม คือ การเลือกอาหารที่ดี มีคุณค่าทางอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ปรงอาหารโดยการนั่งหรือตม ห้ามบริโภคสิ่งที่ทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ห้ามรับประทานและดื่มสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุมุสลิมต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น การได้รับการยอมรับการดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ได้แก่ การระลึกถึงอัลลอฮ์ การเสียสละเพื่ออัลลอฮ์เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความอดทนสามารถเผชิญความยากลำบาก การทดสอบ อุบัติเหตุและความเจ็บไข้ได้ป่วย ไม่อยู่ในสภาพสิ้นหวังและคิดว่าตัวตาย ศรัทธาในกฎของสภาวารณที่พระผู้เป็นเจ้ากำหนดไว้ที่เกิดขึ้นทั้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และเป็นไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลที่เกิดจากสติปัญญาของมนุษย์ที่อัลลอฮ์ประทานมา

6) การจัดการกับความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมุสลิมปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ได้แก่ การหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ การพูดคุยระบายความรู้สึก ไม่หมกมุ่นอยู่กับ

ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การละหมาด เป็นการเสริมสร้างสมาธิทำให้จิตใจมีความเข้มแข็งและสงบสุข ได้พักผ่อนทั้งกายและใจ เตรียมพร้อมที่จะเผชิญชีวิตในแต่ละช่วงเวลา และการถือศีลอดเป็นการควบคุมสติอารมณ์ เพื่อทำลายความเครียด ไม่กระทำหรือคิดในสิ่งที่ทำให้สับสน โกรธแค้น อิจฉาริษยา ไม่ฟุ้งซ่านมีจิตใจที่มั่นคง นอบน้อมถ่อมตน

**เพศ** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**อายุ** หมายถึง จำนวนตัวเลขแสดงถึงจำนวนปีเต็ม นับจากวันเกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ได้รับจากสถาบันการศึกษา แบ่งออกเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี และไม่ได้เรียนหนังสือ ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**สถานภาพสมรส** หมายถึง เป็นข้อบ่งชี้สถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งจะกำหนดบทบาททางสังคม แบ่งออกเป็น โสด คู่ หม้าย หย่า/แยกกันอยู่ ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**รายได้** หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นประจำทุกเดือน จากการประกอบอาชีพของตนเอง บุตรหรือหลานให้ และดอกเบี้ยเงินออมของตนเอง แบ่งออกเป็น ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท, 2,001- 4,000 บาท, 4,001-6,000 บาท, 6,001-8,000 บาท, 8,001-10,000 บาท และมากกว่า10,001 บาท ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

**ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ** หมายถึง ความเชื่อทางศาสนาอิสลามในแง่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยขณะเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย ตามแนวคิดของเสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535) ซึ่งเชื่อว่าอัลลอฮ์(ช.บ.)ทรงมอบความรับผิดชอบให้ทุกคนดูแลรักษาร่างกายให้มีสุขภาพดี อายุยืนนาน การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบอย่างหนึ่งจากอัลลอฮ์(ช.บ.) การเจตนาทำให้อวัยวะต้องเจ็บป่วย บาดเจ็บหรือฆ่าตัวตายถือเป็นบาป และจะต้องรักษาพยาบาล ในกรณีจำเป็นเพื่อป้องกันชีวิตอาจผ่าตัดทำหมันได้หรือให้แพทย์ต่างเพศจับต้อง และตรวจร่างกายส่วนที่ปกปิดได้โดยไม่ผิดบัญญัติศาสนา ตามหลักศาสนาเมื่อเจ็บป่วยต้องรักษาพยาบาล อัลลอฮ์(ช.บ.) ทรงโปรดให้โรคทุกชนิดมียารักษา เป็นหน้าที่ของคนที่ต้องค้นหา และวิธีรักษาที่ถูกต้อง การละหมาดสามารถกระทำได้ตลอดเวลาทั้งในยามที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยสามารถงดเว้นถือศีลอดได้แต่ต้องถือชดเชยเมื่อหายป่วยแล้ว

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมุสลิมได้รับรู้ว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่า ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นทำให้รู้สึก

มีคุณค่าในตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมุสลิมสามารถเผชิญกับความเครียดได้ในชีวิตได้ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ประเภท (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมุสลิมได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่ จากบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมุสลิมได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องจากบุคคลรอบข้างหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ

3) การสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของ หรือบริการ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมุสลิมได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในด้านการเงิน สิ่งของ การช่วยเหลือดูแลรวมถึงการพาไปรับการรักษา

4) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมุสลิมได้มีโอกาสแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แล้วได้รับการยอมรับยกย่องจากบุคคลอื่น

5) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลรอบข้างสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมุสลิมได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมร่วมกับผู้อื่น

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลในการนำไปใช้กำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
2. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุ

สถาบันวิจัยประชากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด และวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. การสูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ
5. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การสูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

##### แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ

การสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ตามประเด็นดังต่อไปนี้

##### ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้ความหมายของผู้สูงอายุและการกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้น มีการจำแนกและแบ่งการให้ความหมายต่างๆ เช่น

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2548) ได้ให้ความหมายแก่ผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ทศพร ศรีบริกิจ (2548) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตั้งแต่เกิดจนสิ้นสุดของชีวิต

จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (Vienna International Plan on Aging) ได้กำหนดว่า บุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2654) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า

สรุป ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

### ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นจะต้องเข้าใจความแตกต่าง ระหว่างที่เปลี่ยนแปลงไป กับ ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการทำหน้าที่ที่ลดลงของร่างกาย ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถเข้าใจ ทั้ง ภาวะชีวภาพ จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีการสูงอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) ได้แก่

#### 1. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging)

เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสูงอายุทางร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยชรา ตั้งแต่ระดับเซลล์ โมเลกุล เนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นมีระดับของความหลากหลายที่แตกต่างกันในช่วงชีวิตแต่ละบุคคล ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพนั้นประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีผิดพลาด (Error Theory) อธิบายถึงความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอนไซม์ในเซลล์ ทำให้เซลล์มีคุณสมบัติที่เปลี่ยนไป นำไปสู่ความผิดปกติของเซลล์ ส่งผลให้เกิดการแก่ตัวเสื่อมสภาพหรือแก่ตายในที่สุด

1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) สารอนุมูลอิสระเป็นผลพลอยได้จากการเผาผลาญในร่างกาย และจะเพิ่มมากขึ้นจากมลภาวะจากสิ่งแวดล้อม ตัวอนุมูลอิสระจะไปกับเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเกิดความเสียหายและมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น

1.3 ทฤษฎีเชื่อมโยงไขว้ (Cross-Linkage Theory) เกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้น และมีการเชื่อมโยงจับตัวกัน ส่งผลให้มีการขัดขวางกระบวนการเมตาบอลิซึมพบมากในคอลลาเจน เมื่อเกิดการเชื่อมโยงไขว้จะทำให้มีการหนาตัวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้นำสารอาหารและขับของเสียออกจากเซลล์ลดลง เช่น ผิวหนังของผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นลดลง

1.4 ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory/Hay flick Theory) เชื่อว่าเซลล์เมื่อมีการแบ่งตัว จะสามารถทำงานได้จนถึงระดับหนึ่งจะตาย เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ ซึ่งสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดจะถูกกำหนดไว้แตกต่างกัน เช่น มนุษย์ถูกกำหนดอายุไว้ที่ 110-120 ปี

1.5 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) เชื่อว่าระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์จะทำงานลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่า ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเองเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเอง เช่น โรคข้อรูมาตอยด์ โรคLupus

2. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อที่ว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในการปรับตัวที่หลากหลาย เพื่อช่วย



ในการเผชิญหน้าหรือยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เป็นทฤษฎีที่เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎีได้ดังนี้

2.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นตอนของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs Theory) กล่าวว่าบุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล จะยับยั้งความต้องการขึ้นเป็นลำดับขั้น จนถึงกระทั่งสูงสุด ดังนี้ ขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านร่างกาย ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ ขั้นที่ 3 ความต้องการความรักและความต้องการเป็นเจ้าของ ขั้นที่ 4 ความมีคุณค่าในตนเอง และลำดับขั้นสูงสุด คือ การได้รับการยอมรับ

2.2 ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) เชื่อว่าบุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วยจิตใต้สำนึก (Ego) และจิตสำนึก (Superego) เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคลิกภาพจะเปลี่ยนจากมองภายนอกเข้ามามองภายในตน ซึ่งผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญความเสื่อมถอยของร่างกาย สามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

3. ทฤษฎีการสูงอายทางสังคม (Sociologic Theories Aging) จะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ และบทบาทระหว่างบุคคล ได้แก่

3.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสังคม โดยทั่วไปจะมีการถอยหนีออกจากสังคม ลดบทบาทของตนเองเพื่อคงความสมดุลในสังคม

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory/ Development Task Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุยังคงต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ทำให้ผู้สูงอายุยังคงปฏิบัติกิจกรรมต่างๆอย่างต่อเนื่อง

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) วัยสูงอายุไม่ใช่วัยตอนปลายของชีวิตที่แยกออกมาอย่างเด่นชัด ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวได้อย่างต่อเนื่องไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

3.4 ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) สัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุ และสังคมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดสมรรถนะในตัวบุคคลนั้น เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในตนเองเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

โดยสรุป การสูงอายุนั้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งได้ เพราะเชื่อว่ากระบวนการสูงอายุน่าจะเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันทำให้เกิดชราภาพในหลายระดับ การเข้าใจถึงทฤษฎีการสูงอายุนั้นจะทำให้มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

## การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

การเข้าสู่วัยสูงอายุ ขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานภายในร่างกายอยู่ 2 กระบวนการ คือ กระบวนการเจริญเติบโต (Growth or evolution) กับ กระบวนการเสื่อมสลาย (atrophy or involution) กระบวนการทั้งสองจะเกิดคู่กันไปตลอดเวลา เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชรากระบวนการเสื่อมสลายจะมีมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโต และจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น และเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2544) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change) ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทุกระบบ ได้แก่

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณเลือดจากหัวใจจะลดลงประมาณร้อยละ 40 มีแคลเซียมและพังผืด (Calcium and Fibrosis) ไปเกาะเกิดความแข็งกระด้างของลิ้นหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะต้องบีบตัวสูงหรือทำงานมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงและมีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด

ระบบทางเดินหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อของปอด ทำให้ปริมาณออกซิเจนเข้าในร่างกายได้น้อย ระบบหายใจลดประสิทธิภาพลง ระบบไต หน้าที่ต่าง ๆ ของไตจะลดลงตามอายุ การทำให้น้ำปัสสาวะเข้มข้นจะลดลง เสียความสามารถในการขับถ่ายเกลือจำนวนมาก ทำให้เกิดความเสียหายของอิเล็กโทรไลต์ได้ง่าย

ระบบกล้ามเนื้อ การทำงาน ความแข็งแรง และขนาดของกล้ามเนื้อจะลดลงตามอายุ ทำให้มีอาการปวดข้อ อ่อนแรงและข้อแข็งได้ ระบบกล้ามเนื้อจะลดความเร็วในการนำสื่อคำสั่ง

ระบบประสาท การตอบสนองของระบบประสาทต่อสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมจะช้าลง นำไปสู่ความเบื่ออาหาร และการไม่มีความสุขในการรับประทานอาหาร มองเห็นไม่ชัดและการรับฟังก็ไม่ชัดเจน ความเร็วของการนำสื่อกระแสไฟฟ้าของเซลล์ระบบประสาทก็ลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวต่าง ๆ ช้าและต้องใช้เวลามากขึ้นในการตัดสินใจ

ระบบต่อมไร้ท่อ ระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ในเลือดลดลง ระดับความทนทานต่อน้ำตาลในเลือดจะเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุ พบว่า ในผู้ใหญ่จะมีการเพิ่มขึ้นของสารต่อต้านอินซูลินในเลือด และทำให้ประสิทธิภาพของระดับอินซูลินในเลือดลดลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย

ระบบทางเดินอาหาร ต่อมรับรสอาหารสูญเสียหน้าที่เมื่ออายุกลางคนโดยเฉพาะรสหวาน และเค็ม ความแข็งแรงของฟันและเหงือกจะลดลง การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด กระบวนการย่อยในปากขาดคุณภาพ

ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังจะเริ่มลดขนาดและหน้าที่ ผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึงไม่ยืดหยุ่น ลักษณะแห้งและเหี่ยวยุบ การขับเหงื่อและการแบ่งเซลล์เพื่อซ่อมแซมลดลง ศักยภาพการขยายตัวและหดตัวของหลอดเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้การปรับตัวต่อความร้อนหรือหนาวไม่ดีเท่าในคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุจึงหนาวง่าย

ระบบภูมิคุ้มกัน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุในทางตรงข้าม ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่ายมีการเพิ่มขึ้นของไขมันในร่างกาย ในขณะที่น้ำหนักตัวลดลงหรือเท่าเดิมในผู้สูงอายุ ความหนาแน่นของกระดูกจะเริ่มลดลง จากปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนเริ่มลดลง ทำให้สูญเสียเนื้อกระดูกถึงร้อยละ 8 ต่อ 10 ปี ส่วนผู้ชายสูญเสียน้อยกว่า คือ ร้อยละ 3 ต่อ 10 ปี จะเห็นได้จากการศึกษาของ บุญพา ณ นคร (2545) ไพจิตร ล้อสกุลทอง (2545) และ วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเพราะสุขภาพไม่แข็งแรง

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อประกอบกับการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่การงานบทบาทในสังคมด้วยแล้ว ผู้สูงอายุจึงมีอารมณ์กังวล ใจน้อย เกิดอารมณ์เหงาและกระทบกระเทือนใจได้ง่าย ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ ของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เสื่อม ( สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุฆ่าตัวตายได้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547)

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Social Change) เนื่องจากในปัจจุบันสภาพสังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับบุตรหลานแต่ในช่วงกลางวันผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง(นภาพร ชโยวรรณ, 2548) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ว่าเหว่ ขาดที่พึ่งได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ (Pender และคณะ, 2006) การปลดเกษียณก็เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องพ้นจากตำแหน่งหน้าที่ ซึ่งจะมีผลต่อรายได้จากการทำงานด้วย ชีวิตก็จะอยู่ในวงที่แคบลงกว่าเดิม ทำให้ผู้สูงอายุเหมือนถูกลดบทบาท และลดความสัมพันธ์ทางสังคมลง กิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำก็จะน้อยและซ้าลง บทบาทในครอบครัวก็เปลี่ยนจากผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลายเป็นผู้อาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ นอกจากนี้ ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ ยังมีผลต่อเนื่องไปถึงเรื่องรายได้ การขาดรายได้หรือ

รายได้ลดลง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความกดดันและปัญหาสุขภาพ ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุบางคนอาจใช้ชีวิตในบ้านมากขึ้น ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

4. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม (Behavior Change) การเปลี่ยนแปลงของควมมีอายุเป็นต้นเหตุของความเครียดในชีวิตคน การปรับตัว (Adaptation) จึงเป็นกลไกของร่างกาย และจิตใจอย่างหนึ่งที่มีขึ้น เพื่อลดความเครียด เป็นความพยายามที่จะคงสภาพร่างกาย และจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลในขณะที่มีความเครียดเกิดขึ้น การปรับตัวดังกล่าว ทำให้คนมีพฤติกรรมแสดงออกให้เห็นเพื่อตอบโต้เหตุการณ์ในลักษณะต่าง ๆ เช่น บางคนปฏิเสธ แต่บางคนก็ยอมรับได้

จากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้านดังกล่าว มีผลให้เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ผู้สูงอายุมักถูกมองว่าเป็นผู้ป่วย เป็นผู้มีสมรรถภาพทางกายลดลงต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในทุก ๆ เรื่อง แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือ และพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ต้องรู้จักสังเกตสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อจะได้หาทางแก้ไขได้ทันที่ ไม่เกิดผลเสียหายจนยากจะแก้ไขได้ภายหลัง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่สำคัญขั้นพื้นฐานในการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดโรค ได้มีนักวิชาการให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

Maben and Clark (1995) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความพยายามของบุคคล หรือชุมชนที่จะส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพ และป้องกันโรค

Murry and Zentner (1993) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่ช่วยยกระดับภาวะสุขภาพ ความผาสุกในชีวิต และศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม

ชลธิชา จันทศิริ (2549) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้อื่น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีความผาสุกในชีวิต

ภิรมย์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจียมจรัสรังสี (2006) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาพ

Pender และคณะ (2006) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งผลลัพธ์ในด้านบวก ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทุกปัญหาในการดำรงชีวิต เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ และพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกชั้นตอนให้ดีขึ้น

สรุป พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นำไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพ

**รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** ตามแนวคิดของ Pender และคณะ (2006) ดังภาพที่ 1



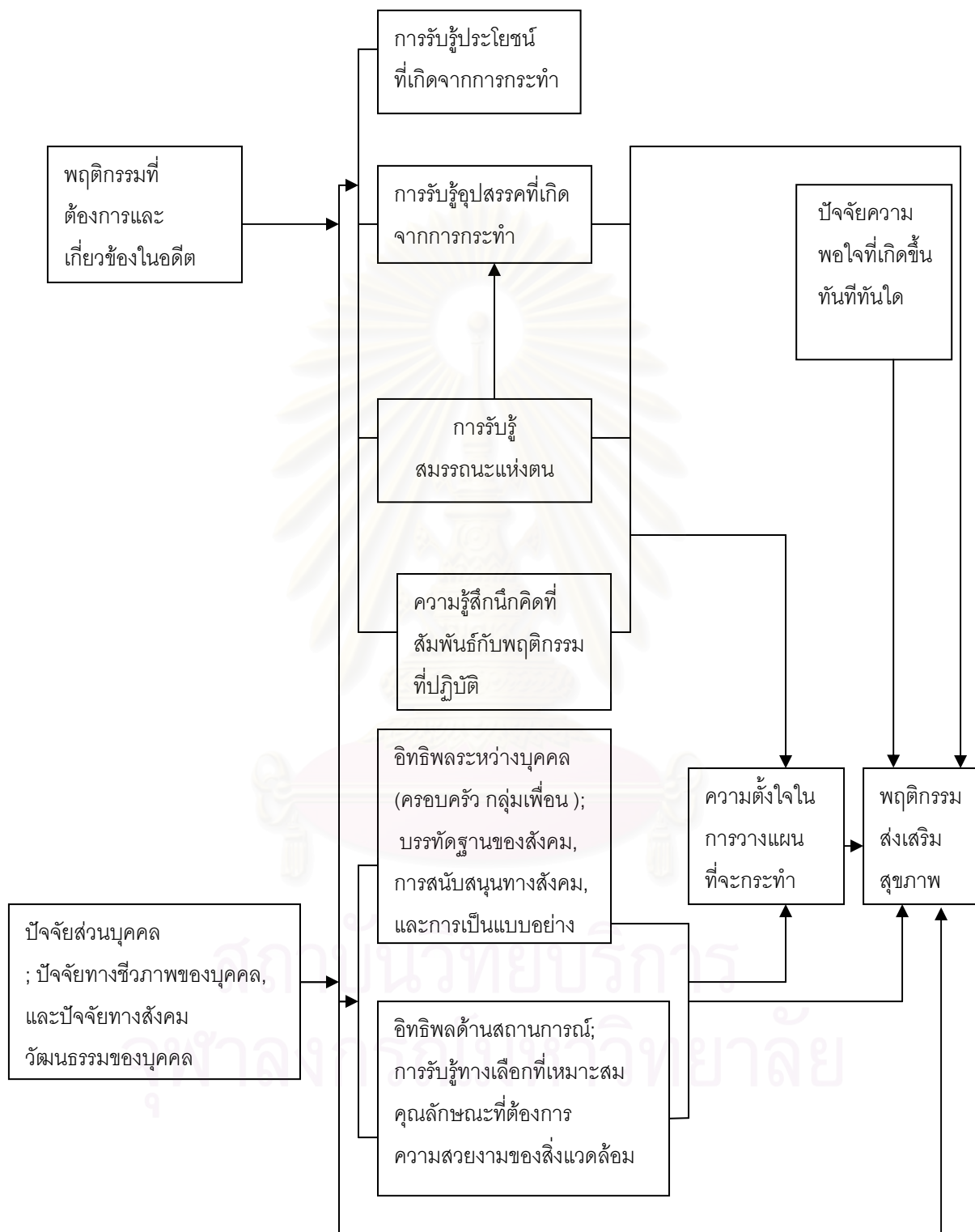
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ประสบการณ์และ  
ลักษณะเฉพาะบุคคล

ความคิดและความรู้สึก  
เฉพาะต่อพฤติกรรม

ผลที่เกิดขึ้น  
จากพฤติกรรม



ภาพที่ 1 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model, 2006)

จากภาพที่ 1 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเกิดจากอิทธิพล 3 ปัจจัย

1) **ปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences)** ประกอบด้วย

1.1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต

1.2) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) อันเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ประกอบด้วย

1.2.1) ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biological factors) เช่น อายุ เพศ เครื่องใช้วัดขนาดร่างกาย ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะหมดระดู ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉงหรือ ความสมดุลของร่างกาย

1.2.2) ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychological factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

1.2.3) ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม ความเชื่อ การศึกษา และสภาวะเศรษฐกิจและสังคม

2) **ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม** ได้แก่

2.1) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความภูมิใจในตนเอง การได้รับรางวัล และคำชมเชย เป็นต้น

2.2) การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือใช้เวลานานในการกระทำ ซึ่งเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรงและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและความตั้งใจในการวางแผนกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนือง

2.4) ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวกับการกระทำในขณะนั้น อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น หากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมอีกแต่ถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยง

2.5) อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ เช่น ครอบครัว (พ่อ แม่ หรือพี่น้อง) กลุ่มเพื่อน และบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ บรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเป็นแบบอย่าง ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ การรับรู้ความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 3) ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม ได้แก่

3.1) ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ อยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้สึก ความเข้าใจ ได้แก่

3.1.1) ความตั้งใจที่มีต่อพฤติกรรมเฉพาะในเวลาและสถานที่ที่กำหนด

3.1.2) วิเคราะห์หาวิธีการที่ทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2) ปัจจัยความต้องการ และความพอใจ ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่มีการวางแผน

3.3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นจุดสุดท้ายหรือผลลัพธ์ของการกระทำ ในแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยจะคงไว้ ซึ่งผลที่เกิดจากสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการโดยตรง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อผสมผสานไปกับแบบแผนชีวิต จะส่งผลให้เสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสามารถในการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตลอดพัฒนาการทุกระยะของชีวิต

จากการศึกษาความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกัน เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ การจัดการกับความเครียด และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender และคณะ (2006) มี 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal support) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพที่ดีอันจะนำไปสู่ความปกติสุข มีศักยภาพสูงสุด จึงจำเป็นที่ผู้สูงอายุควรปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่จะช่วยให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีที่สุดในภาวะมีความเสื่อมในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมที่เกิดขึ้นตามวัย เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ ตามแนวคิดของ Pender และคณะ (2006) สามารถนำเสนอในแต่ละด้านมีดังนี้

1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) ร่างกายและจิตใจ เป็นสิทธิอันชอบธรรมของแต่ละบุคคล บุคคลจะมีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร สิ่งสำคัญประการหนึ่งก็คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนในแต่ละบุคคล ได้กล่าวถึงว่า ความสนใจหรือใส่ใจเป็น

พลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในวัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจและสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในวัยสูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ ได้แก่ พฤติกรรมการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนใจรับฟังวิทยุ หอกระจายข่าว หรือดูโทรทัศน์ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้าน เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี และความเอาใจใส่ในสุขภาพ โดยการตรวจสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจไปในทางเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคร้าย ๆ นอกจากนั้นผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความเจ็บปวดลดลง มีความอดทนสูงขึ้น ในบางครั้งปฏิกิริยาต่อการเจ็บปวดเปลี่ยนแปลงไป ไม่แสดงอาการของโรคให้เด่นชัด จะทราบต่อเมื่ออาการของโรครุนแรงมากแล้ว ผู้สูงอายุจึงควรมีการตรวจสุขภาพ กับบุคลากรสุขภาพ อย่างน้อยปีละครั้ง ผู้สูงอายุควรไปพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มย่างเข้าวัยกลางคน เพราะการตรวจร่างกายจะทำให้บุคคลได้รู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น

2) **ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity)** ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอตามวิธีที่ชอบ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปี และมากกว่าถึงร้อยละ 73 ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ ส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นที่ไม่ทราบชนิดของการออกกำลังกายที่ดี บางคนกลัวว่าจะออกกำลังกายมากเกินไป ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้หัวใจวายอย่างกะทันหัน ความเชื่อดังกล่าวเป็นความคิดที่ยังไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ โดยเลือกชนิดของการออกกำลังกายตามความเหมาะสม กับสภาพความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้

### 2.1) **หลักสำคัญในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ได้แก่**

2.1.1) ควรออกกำลังกายโดยเริ่มจากน้อย ๆ เบา ๆ ในตอนแรกตามกำลังที่พอทำได้แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ช้า ๆ อย่างรีบร้อน

2.1.2) ควรออกกำลังกายที่ไม่หนักเกินไป ไม่หักโหมจนเหนื่อยหอบ หายใจไม่ทัน อย่าหยุดพักหรือลดความเร็วลงจนเหนื่อย จึงเริ่มต้นใหม่

2.1.3) ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่เป็นการแข่งขัน การเตะหรือยกน้ำหนัก อาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุได้

2.1.4) ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละ 20 - 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือมากกว่า

2.1.5) ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การยืดกล้ามเนื้อ (Stretching) เพื่อเตรียมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้พร้อม และหลังออกกำลังกายทุกครั้งไม่ควร

หยุดออกกำลังกายทันที ควรบริหารร่างกายต่อเพื่อให้ผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และเพื่อให้หัวใจกลับสู่ภาวะการณณ์ต้นอย่างปกติก่อนหยุด (Cool-down)

**2.2) ชนิดของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ** การออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ไม่หักโหมจนเกินไป ทั้งนี้ บรรลุ ศิริพานิช (2546) ได้กล่าวถึงชนิดของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

2.2.1) การเดิน เหมาะสำหรับผู้ที่เริ่มออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่แข็งแรง หรือระยะพักฟื้น ควรเริ่มเดินช้า ๆ ระยะทางสั้น ๆ และเพิ่มความเร็ว ระยะทางและเวลา ขึ้นในภายหลัง

2.2.2) การบริหารร่างกาย ควรใช้เวลาวันละประมาณ 15 - 20 นาที เช่น รำมวยไทย รำมวยจีน โยคะ การบริหารแบบมือเปล่า การทำกายบริหารด้วยอุปกรณ์

2.2.3) การทำงานบ้านและการทำสวน เป็นประโยชน์ในการออกกำลังกายแต่ต้องระวังท่าทางของร่างกายที่ผิดปกตินานเกินไป เช่น งอหลังนานเกินไป ยกของหรือขุดจัดของหนักเกินไป

2.2.4) การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน ฯลฯ เมื่อร่างกายพร้อม

2.2.5) เล่นกีฬาบางประเภทที่ไม่ใช่การแข่งขัน และพยายามเล่นกีฬาทุกชนิดกับบุคคลที่อยู่ในรุ่นราวคราวเดียวกัน

เมื่อผู้สูงอายุออกกำลังกายแล้วมีอาการต่อไปนี้ควรหยุดออกกำลังกาย คือ เหนื่อยมาก เจ็บบริเวณหัวใจ หรือร้าวไปที่ไหล่ซ้าย หายใจไม่เต็มอิ่ม ง่วงนอน เวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้ ตามืด เหงื่อออกมาก รู้สึกหิวโหยโดยสาเหตุไม่ได้มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาต บริเวณ แขน ขา หน้า ฯลฯ พุดไม่ชัด ชักกระตุก รู้สึกเหมือนหายใจไม่ทัน และหัวใจเต้นแรงแม้ว่าจะหยุดพักแล้วประมาณ 10 นาที ก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติดังกล่าวต้องหยุดออกกำลังกาย และปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที นอกจากนี้ ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลียหรือมีไข้ไม่ควรออกกำลังกาย หรือถ้ามีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายควรอยู่ในการดูแลแนะนำของแพทย์ด้วย

**3) ด้านโภชนาการ (Nutrition)** อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ในการป้องกันไม่ให้อาหารเปลี่ยนแปลงลงอย่างรวดเร็วเกินไป การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า และปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีอายุยืนยาว ซึ่งประเสริฐ อัสสันตชัย (2548) กล่าวไว้ว่า อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

3.1) โปรตีน อาหารหมู่นี้จำเป็นต่อร่างกายผู้สูงอายุ เพราะเป็นวันที่เนื้อเยื่อต่างๆ มีการสลายตัวมาก ร่างกายต้องการอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพย่อยง่าย เช่น เนื้อสัตว์ ควรสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อย อาหารประเภทปลาจะเหมาะสมมากสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรนำก้างออกให้หมด นมสด เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรดื่มประมาณวันละ 1 แก้ว ซึ่งนอกจากจะได้รับโปรตีน



แล้วยังได้สารแคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินดี อีกด้วย สำหรับไขผู้สูงอายุควรกินไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง

3.2) คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว แป้ง และน้ำตาล ผู้สูงอายุควรกินในปริมาณพอเหมาะ เช่น ข้าวมี้อละ 1 จาน (ประมาณ 2 ทัพพี) ไม่ควรกินมากเกินไป เพราะอาหารหมุ่นนี้ทำให้อ้วนได้ และยังทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นด้วย

3.3) ไขมัน ช่วยให้พลังงานแก่ร่างกาย และช่วยในการดูดซึมวิตามินบางชนิด แม้จะมีความสำคัญแต่ไม่ควรกินเพราะจะทำให้ อ้วน เส้นโลหิตแข็ง ทำให้มีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อหลังอาหารได้ ควรใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ หลีกเลี้ยงการใช้น้ำมันจากสัตว์และน้ำมันมะพร้าว

3.4) ผัก เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุเลือกกินได้ค่อนข้างมาก เพราะผักเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามิน และแร่ธาตุ ที่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงป้องกันโรคต่าง ๆ นอกจากนี้อาหารประเภทผักยังทำให้ไม่อ้วนอีกด้วย ควรจะกินผักทุกวัน ทั้งแบบต้มสุกและกินดิบ ๆ ทั้งผักสีเหลือง และสีเขียว

3.5) ผลไม้ เป็นอาหารที่มีวิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ มากมาย ยังมีรสหวานหอม มีปริมาณของน้ำอยู่มาก ทำให้ง่ายต่อการกินสดขึ้นเมื่อได้กินผลไม้ ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิด ยกเว้นผู้ที่อ้วนมากหรือเป็นโรคเบาหวาน ไม่ควรกินผลไม้ที่มีรสหวานจัดมาก เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน เป็นต้น

3.6) น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นมากผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยประมาณวันละ 6-8 แก้ว เพราะน้ำช่วยให้ระบบขับถ่ายคล่องตัว ท้องไม่ผูก และควรดื่มน้ำผลไม้บ้างระหว่างมื้ออาหาร เช่น น้ำส้มคั้น น้ำมะนาว เป็นต้น ไม่ควรดื่มน้ำชา กาแฟ และน้ำอัดลม

การรับประทานอาหารในวัยสูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงนั้น ผู้สูงอายุควรจะต้องรับประทานอาหารให้ครบถ้วนทุกหมู่ ตามปริมาณที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้ความอยากอาหารลดลงนั้น การจัดเตรียมอาหารที่มีคุณค่า และมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการ โดยจัดให้อยู่ในรูปแบบที่สวยงามมีรสชาติที่น่ารับประทาน ย่อยง่าย และการลดปริมาณอาหารในแต่ละครั้งลง เพิ่มจำนวนมื้ออาหารมากขึ้น

4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal support) เป็นการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือสังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น มนุษย์ทุกคนไม่สามารถอยู่เพียงลำพังได้ ต้องมีการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเป็นสังคมพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในทางเสื่อมถอยลง (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2544) การคงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนคลายเหงา ไม่ต้องอยู่โดดเดี่ยวทำให้อารมณ์ดีขึ้น และกระตุ้นชีวิตจิตใจ รวมถึงการช่วยทำกิจกรรมบางอย่างที่ผู้สูงอายุสามารถทำคนเดียวได้

5) **ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth)** เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตใจวิญญาณอย่างเต็มที่ ประเมินจากการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต ความรัก ความตระหนักรู้ในการให้ความสำคัญกับชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงความรัก ความหวัง การให้อภัย ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

6) **ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)** เป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลพยายามระงับ แบ่งเบา หรือขจัดความเครียด ซึ่งอาจจะประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยหรือแอบแฝงก็ได้ หรืออีกนัยหนึ่ง เป็นความพยายามที่จะเผชิญกับภาวะที่มาคุกคามต่อชีวิต กลวิธีเผชิญภาวะเครียดเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่บุคคลใช้เมื่อเผชิญกับสิ่งที่คุกคามต่อความมีสุขภาพดี เกิดขึ้นภายในบุคคล พัฒนาการมาจากการลองผิดลองถูกและรวมกันเป็นนิสัยของบุคคล การจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุเป็นแบบพฤติกรรมแสดงออกของผู้สูงอายุที่พยายามจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามต่อภาวะสุขภาพ เพื่อลดการคุกคามนั้น และดำรงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ดังเช่น

6.1) **ภาวะเครียดทางร่างกาย** เป็นภาวะเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการสูงอายุผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วย จากอุบัติเหตุที่มีผลต่อพยาธิสภาพของร่างกาย เป็นต้น

6.2) **ภาวะเครียดทางจิตใจ และสังคม** เป็นภาวะเครียดที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งที่ปรารถนา และต้องตอบสนองต่อสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา ภาวะเครียดทางจิตใจของผู้สูงอายุนี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมาก ดังเช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม การขาดจากตำแหน่งหน้าที่ และอาจสูญเสียบทบาทและสถานภาพการเป็นผู้นำในครอบครัวอีกด้วย การสูญเสียเพื่อน คนใกล้ชิด โดยเฉพาะคู่สมรส ซึ่งถือว่าการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต จะก่อความทุกข์ใจกระตุ้นให้เกิดภาวะเครียดในระดับสูงได้ และการสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลง ผิวหนังเหี่ยวย่น ไม่สวยงาม การเดิน การทำงานไม่คล่องแคล่วเช่นอดีต การคิด การเรียนรู้ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้ากว่าเดิม ทำให้ไม่พึงพอใจเกิดภาวะเครียดได้นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงรูปร่างของสังคมจากครอบครัวขยายเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว การอพยพเคลื่อนย้ายหางานทำในเมืองของคนวัยทำงาน ทำให้ต้องอยู่โดดเดี่ยวมากขึ้น ภาวะเศรษฐกิจที่เพิ่มสูงขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การขาดความเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวและสังคม ต่าง ๆ เหล่านี้เป็น

เหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดสูงขึ้น ด้านประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับการแยกครอบครัวออกไปของลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการใช้ชีวิตร่วมกับคู่สมรสมากขึ้น และอยู่กันตามลำพังมากขึ้น สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตสมรสในช่วงนี้คือ การเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ร่วมกันคิดแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการพูดคุยหรือระบายความทุกข์ใจให้บุคคลใกล้ชิดได้รับทราบ ก็ถือเป็นการผ่อนคลายหรือระบายความเครียดหนทางหนึ่งเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน การจัดการกับภาวะเครียดจึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ ผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับภาวะเครียดหรือปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดี ก็จะมีรู้สึกว่าตนเองไม่เกิดความยุ่งยากใด ๆ และมีสุขภาพดีสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ดี

ซึ่งทั้งนี้บรรลู่ ศิริพานิช (2546) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจในการที่จะจัดการกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ

- (1) รับประทานอาหารให้ถูกต้อง เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพ
- (2) ออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง สมบูรณ์
- (3) มีการผ่อนคลาย ซึ่งหมายถึง การเปลี่ยนแปลงขบวนการทางจิตใจและลดความตึงเครียดทางกาย ควรมีการปฏิบัติเป็นช่วงสั้น ๆ ทุกวัน เช่น การทำสมาธิ ผีกโยคะ การผ่อนคลายโดยอาศัยปัจจัยจำเป็น 4 อย่าง คือ บรรยากาศที่เงียบสงบ ท่าทางที่สบาย ทัศนคติที่ดีและการใช้เครื่องมือหรืออุบายทางจิตใจเข้าไปเป็นสิ่งนำ เช่น การใช้การนวด การใช้คำพูด การสะกดจิต การกำหนดลมหายใจ หรือการสร้างจินตนาการ เป็นต้น
- (4) มีการเล่น คนเราทุกคนต้องการที่จะเล่นและการเล่นเป็นสิ่งจำเป็นมาก เป็นเวลาที่รู้สึกอิสระ สบาย ได้ทำสิ่งที่สนุกสนาน ได้หัวเราะปล่อยอารมณ์เหมือนเด็ก ๆ หรือ การมีความสุขกับอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การเล่นเป็นประจำทุกวันจะช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางจิตใจได้ดี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม (Behavior outcome) ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ซึ่งเป็นผลหรือได้รับอิทธิพลจากลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

Pender และคณะ (2006) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจำแนกเป็นปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งในที่นี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านี้พบว่า

**ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)** เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางกลไกการรู้คิด การรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรองตามธรรมชาติ ประกอบด้วย

**เพศ** เป็นความแตกต่างทางร่างกาย และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีซึ่งจากการศึกษาของสไตล ครีสอาด (2540) และพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย แต่ อินทราพร พรหมปรการ (2541) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง แต่ชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช แต่วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) พบว่า เพศเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

**อายุ** เป็นข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างของบุคคลในด้านพัฒนาการ วุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการ จากการศึกษาของนิรมล อินทฤทธิ์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุดจากทุกกลุ่มอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสไตล ครีสอาด (2540) ที่ศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

**ระดับการศึกษา** เป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะ



มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ (กาญจนา เกษกาญจน์, 2541; ชลธิชา จันทศิริ, 2549; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542; Pender และคณะ, 2006) แต่ อินทราพร พรหมปราการ (2541) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีการศึกษาต่ำ

**สถานภาพสมรส** เป็นข้อบ่งชี้ระบบของสถานครอบครัว ซึ่งจะกำหนดบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอื่นๆ (ชลธิชา จันทศิริ, 2549; ไพจิตร ล้อสกุลทอง, 2545) แต่การศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

**รายได้** เป็นข้อบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ศรีบริกิจ (2548) และไพจิตร ล้อสกุลทอง (2545) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เช่นเดียวกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปราการ (2541) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่ำ แต่การศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

**ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ** เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535) ได้กล่าวว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หมายถึง ผู้ที่นอบน้อมถ่อมตน ต่อพระเจ้าแต่เพียงผู้เดียวอย่างสิ้นเชิง ซึ่งจะมีความหมายครอบคลุมพฤติกรรมของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตายมีวัฒนธรรมอิสลามเป็นแนวทางที่ต้องปฏิบัติในการดำเนินชีวิต และกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ ของมุสลิมที่ปรากฏในคัมภีร์อัลกุรอานและซุนนะฮ์ โดยมีโครงสร้างที่สำคัญ คือ หลักศรัทธา และ หลักปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**หลักศรัทธา** 6 ประการ ซึ่งบัญญัติไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน กำหนด ให้ชาวมุสลิมต้องมีศรัทธาหรือเชื่อใน 6 เรื่อง (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535) ได้แก่

- 1) ศรัทธาในอัลลอฮ์
- 2) ศรัทธาในเทพบิรวารหรือศรัทธาในเทวดา
- 3) ศรัทธาในคัมภีร์อัลกุรอาน



- 4) ศรัทธาในศาสนทูตของอัลลอฮ์ (นบีหรือรซูล)
- 5) ศรัทธาในวันแห่งการพิพากษาฟื้นคืนชีพ (วันกิยามะฮ์) และการศรัทธาในวันสุดท้าย
- 6) ศรัทธาในกฎแห่งการกำหนดสภาวะของอัลลอฮ์

หลักศรัทธาทั้ง 6 ประการดังที่กล่าว เป็นหลักการพื้นฐานของศาสนาอิสลามที่มุสลิมต้องมีอยู่ประจำใจ แต่ความศรัทธาแต่เพียงอย่างเดียวนั้นยังไม่เป็นการเพียงพอ เพราะในศาสนาอิสลาม ความศรัทธาที่แท้จริงต้องแสดงผลออกมาให้เห็นเป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเพื่อให้แน่ใจว่าคนมีความศรัทธาในหลักการ 6 ประการดังกล่าว อัลลอฮ์จึงได้ทรงวางภารกิจให้มนุษย์ต้องปฏิบัติ 5 ประการ (จารูณี จันทรลายนภา, พรอนงค์ ภาพชนะ และ เอื้อมพร วงศ์จันทร์, 2549; มานี ชูไทยและคณะ, 2542; เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535)

**หลักการปฏิบัติ** ในอิสลามหรือที่เรียกกันว่าหลักการอิสลาม 5 ประการ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535) คือ

1) การกล่าวคำปฏิญาณตนว่า “ ลาอิลาฮะ อิลลัลลอฮ มุฮัมมัดรอสูลุลลอฮ ” ( ซึ่งแปลว่า “ ไม่มี พระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์และมุฮัมมัดเป็นรอสูลของอัลลอฮ์ ” ) การกล่าวคำปฏิญาณนี้ ประกอบอยู่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในชีวิตประจำวันของมุสลิม เช่น ในการละหมาดวันละ 5 เวลา และการปฏิญาณตนนี้เป็นเงื่อนไขให้บุคคลต้องกล่าวสำหรับการเข้ารับนับถือศาสนาอิสลาม

2) การนมาซหรือละหมาด (หรือในภาษาอาหรับเรียกว่า “ เคาละฮฺ ) ประจำวันสม่ำเสมอ การละหมาดเป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความภักดีต่อองค์อัลลอฮ์ โดยมุสลิมทุกคนเมื่ออายุเข้าชายที่รู้จักรับผิดชอบหรือเริ่มเข้าสู่วัยแห่งความเป็นผู้ใหญ่ คือ ในผู้ชายเริ่มมีความรู้สึกลงทางเพศ และในผู้หญิงเมื่อเริ่มมีรอบเดือน ต้องทำละหมาดวันละ 5 เวลา คือ เข้าตักบิร่า ยืน พลบค่ำ และเวลากลางคืน

3) การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน เป็นการงด ต้มกิน การมีความสัมพันธ์ทางเพศและรักษาจริยธรรมต่าง ๆ ตลอดช่วงกลางวัน ตั้งแต่ย่ำรุ่งจนถึงพลบค่ำเป็นเวลา 1 เดือน การถือศีลอดมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรม เป็นการขัดเกลาจิตใจให้ผ่องแผ้ว มีความผูกพันกับอัลลอฮ์ ดำรงตนอยู่ในจริยธรรม ขณะที่ประสบความกดดันจากความหิวกระหายและอารมณ์ต่าง ๆ มุสลิมที่บรรลุนิติภาวะทุกคนต้องกระทำ ยกเว้น ผู้ป่วย ผู้ที่อยู่ในระหว่างการเดินทาง หญิงที่มีประจำเดือน ส่วนหญิงที่มีครรภ์เป็นที่ต้องห้ามในการถือศีลอด ผู้ที่ขาดศีลเพราะข้อยกเว้น หรือข้อห้าม ต้องถือศีลอดชดเชยในภายหลัง

4) การจ่ายซะกาตหรือการบำเพ็ญทานแก่คนยาก หมายถึง การชำระขัดเกลาจิตใจ ความจำเริญ ความงอกเงย หรือ หมายถึง ส่วนของทรัพย์สินที่มุสลิมผู้ครอบครองต้องจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิ์รับตามเงื่อนไข ซึ่งมีอยู่ 8 ประการ คือ คนยากจน คนอนาถา เจ้าหน้าที่ผู้จัดการเกี่ยวกับซะกาต ผู้

เพิ่งเข้ารับเป็นอิสลาม การไถ่โทษ ผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัว (จากการประกอบอาชีพที่สุจริต) สาธารณประโยชน์ทั่วไป และผู้เดินทาง

5) การทำฮัจญ์ คือ การประกอบพิธีฮัจญ์ ณ เมืองเมกกะ คือ การเดินทางไปบูชาสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่เมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย หรือที่เรียกว่า การฮัจญ์ อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต

ศาสนาอิสลามเป็นแนวทางแห่งชีวิต เป็นศาสนาที่เน้นทุกแง่มุมในชีวิตมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นด้านความเชื่อที่ตั้งอยู่บนหลักของพระเจ้าองค์เดียว ซึ่งถือว่าเป็นแกนหลักด้านการปฏิบัติเพื่อความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ตามรูปแบบต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้แล้วหรือด้านอื่นๆ เช่น การศึกษา การเมือง เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งการรักษาพยาบาล เป็นต้น อีกนัยหนึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติของมนุษย์ต่ออัลลอฮ์ต่อตนเองและต่อผู้อื่น ถ้ามองในด้านความสัมพันธ์แล้ว ส่วนแรก คือ ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับอัลลอฮ์ ส่วนนี้เรียกว่า “อิบาดะฮ์” และอีกส่วนหนึ่งก็คือ ความสัมพันธ์ของมนุษย์ต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น ไม่อาจจะแยกออกจากกันได้เลย

ในส่วนของการรักษาพยาบาล การรักษาสุขภาพและการอนามัยก็ดีเป็นการปฏิบัติทั้งต่อตนเองและปฏิบัติต่อผู้อื่น โดยเริ่มต้นตั้งแต่ตนเอง คนในครอบครัวของตนเองไปจนถึงสังคมภายนอกโดยส่วนรวม อย่างไรก็ตามพื้นฐานของสิ่งเหล่านี้วางรากฐานของ”อิบาดะฮ์” เช่น การรักษาความสะอาดระดับพื้นฐานที่ดีที่สุด คือ การอาบน้ำละหมาดเพื่อเตรียมตัวสำหรับการละหมาด การละหมาดก็ล้วนเป็นอิบาดะฮ์ (สาเหอะอับดุลเลาะห์ อัลญุฟรีย์ และคณะ, 2532) แต่ในขณะเดียวกันการรักษาความสะอาดนั้นเป็นพื้นฐานของการพยาบาลและการรักษาสุขภาพอนามัย

อิสลามให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาสุขภาพอนามัย ดังจะเห็นได้จากหะดีษของท่านรอซูลุลลอฮ์ ความว่า “มุสลิมที่แข็งแรงนั้นดีกว่าและเป็นที่รักของอัลลอฮ์มากกว่ามุสลิมที่อ่อนแอ “แข็งแรง” หมายถึง ความเข้มแข็งทั้งกายและใจตลอดจนความแข็งแรงในด้านอื่น ๆ จากหะดีษตอนนี้ชี้ให้เห็นว่าอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องของความแข็งแรงและการมีสุขภาพดีของมนุษย์ อิสลามไม่ส่งเสริมให้ชาวมุสลิมมีความอ่อนแอ (สาเหอะอับดุลเลาะห์ อัลญุฟรีย์ และคณะ, 2532)

สุขภาพและอนามัยตามทัศนคติของอิสลามนั้น ไม่แตกต่างไปจากทัศนคติอื่น ๆ ทั่วไป คือ เป็นการป้องกันโรคและการฟื้นฟูของสภาพร่างกาย ความคิดและจิตใจ มิใช่เฉพาะการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น

การป้องกันโรค คือ การคุ้มครองบุคคลและสังคมให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด ซึ่งมีวิธีดังต่อไปนี้ คือ ดำเนินมาตรการป้องกันโรคต่าง ๆ และจัดการระบาดของโรคถ้าหากมีการระบาดเกิดขึ้นและดูแลสุขภาพโดยการปรับปรุงสภาพของชีวิตและจัดโรคต่าง ๆ ตลอดจนสาเหตุแห่งความตึงเครียดของประสาท ในแง่ของความหมายอาจจะไม่รู้สึกระหว่างกันแตกต่างไปจากทัศนคติอื่น ๆ แต่ในเรื่องของวิธีการบางประการนั้น อาจจะมีแตกต่างอยู่บ้าง

การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของภาระหน้าที่หรือความรับผิดชอบของมนุษย์ต่อตนเอง ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามที่ได้ศึกษาหาความรู้ในเรื่องของศาสนาย่อมจะต้องรู้เข้าใจและตระหนักในเรื่องนี้ดี ความหวังอันสูงส่งของมุสลิม คือ ความรักจากอัลลอฮ์และสรรวสรวงค์ในวันแห่งการตอบแทน (อามีนะห์ ดำรงผล, 2544) ดังนั้น หะดีษของท่านรซูลุลลอฮ์ที่ได้ยกมากล่าวแล้วในตอนนั้นมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพและอนามัย ภาระและหน้าที่หรือความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลต่อตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้มีอยู่มากมาย ที่เห็นได้ชัดเจนและเป็นพื้นฐานโดยทั่วๆไปที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ คือ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลรักษา สุขภาพและโภชนาการ ซึ่งเสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535) ได้กล่าวไว้มีดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การรักษาความสะอาด เป็นพื้นฐานของการรักษาสุขภาพอนามัยและการพยาบาล เพราะความสกปรกนั้นเป็นบ่อเกิดของโรคหรือความชั่วร้ายต่าง ๆ อิสลามมีความละเอียดอ่อนในเรื่องนี้มาก จึงได้พยายามแยกแยะระหว่างสิ่งที่เรียกว่า สะอาดและสกปรก หรือนะญิสนี้ออกเป็นประเภทต่าง ๆ ตลอดจนได้กำหนดวิธีในการทำความสะอาดของแต่ละประเภทแตกต่างกันไป อิสลามมิได้มองเฉพาะสิ่งที่สกปรกเท่านั้น หากยังได้แบ่งชนิดของน้ำที่นำมาเพื่อทำความสะอาดอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำที่จะใช้ในการอาบน้ำจะเหมาะสม และความสะอาดหลายตอน ดังตัวอย่างพร้อมทั้งหะดีษต่อไปนี้

หะดีษของท่านรซูลุลลอฮ์กล่าวว่า “การละหมาดไม่เป็นที่ยอมรับหาก ปราศจากความสะอาด ผู้ศรัทธาย่อมไม่ปล่อยให้ร่างกายสกปรก”

หลักฐานต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นชี้ให้เห็นถึงการให้ความสำคัญอย่างสูงของความสะอาด อิสลามจะไม่ถือว่าคน ๆ หนึ่งเป็นมุสลิมที่แท้จริง ถ้าหากเขาไม่รักษาความสะอาดร่างกายของเขา และไม่หลีกเลี่ยงความสกปรก สุขภาพและความสะอาดนอกจากจะมีคุณค่าทางกายภาพแล้วยังมีผลอย่างมากในการสร้างความเป็นสิริสุกแต่ตนเอง อิสลามถือว่าความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการทำอิบาดะฮ์ ชั้นแรกของการนับถือศาสนาอิสลาม คือ ต้องอาบน้ำและกล่าวคำปฏิญาณตน ซึ่งการปฏิบัติเรื่องความสะอาดของศาสนาอิสลาม พอที่ยกตัวอย่างได้ดังนี้

1.1) การรักษาความสะอาดศีรษะและผม ศีรษะเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่ต้องทำความสะอาดในขั้นตอนของการอาบน้ำจะเหมาะสมอยู่แล้ว ดังอัลกุรอานซูเราะฮ์ที่ 5

( อัสมาดิฮะฮ์ ) อายะฮ์ที่ 7 ความว่า “*โอ้บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลายเมื่อพวก เจ้ามุ่งหมายที่จะทำละหมาด พวกเจ้าก็จง (ทำวุฎอฮ์ก่อน) ล้างหน้าของพวกเจ้าด้วยมือของพวกเจ้าจนถึงข้อศอก และพวกเจ้าจงเช็ดศีรษะและ ( จงล้าง ) เท้าของพวกเจ้าจนถึงตาตุ่มและหากพวกเจ้ามีเยนะบะฮ์ ( สภาพหลังการมีประเวณีหรือหลังอสุจิ ) พวกเจ้าจงชำระ ( ร่างกาย ) ให้สะอาดในการรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของเส้นผม*” ท่านรซูลุลลอฮ์ ได้กล่าวความว่า

“ผู้ใดมีผม จงดูแลรักษามัน “ ญาบิร บินอับดุลลอฮฺ รายงานว่าท่านรอซูลุลลอฮฺ ได้เห็นชายผู้หนึ่งผมรุงรัง ท่านก็ได้กล่าวว่า “ ชายผู้นี้ไม่มีสิ่งใดสำหรับจัดผมของเขา ( ให้เรียบร้อย ) กระนั้นหรือ”

1.2) การรักษาความสะอาดมือและเล็บ อิสลามเน้นความสะอาดของมืออย่างมากทีเดียว ทั้งนี้เนื่องจากว่าในแต่ละวัน มือจะสัมผัสกับสิ่งต่าง ๆ มากมาย ดูเหมือนจะมากกว่าอวัยวะอื่น ๆ การติดต่อเชื้อโรค เช่น เมื่อจับมือกับผู้ป่วยหรือแตะต้องอาหารที่สกปรก หลังจากการเข้าส้วม พยาธิบางชนิดแพร่ออกจากผู้ป่วยโดยผ่านมือของเขา อิสลามได้กำหนดให้มือเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ที่ต้องทำความสะอาดในขั้นตอนของการอาบน้ำละหมาด

1.3) การรักษาความสะอาดปากและฟัน อิสลามได้กำหนดและให้บ้วนปากและแปรงฟัน ตอนอาบน้ำละหมาด ส่งเสริมให้บ้วนปากและแปรงฟันในเวลาอื่นด้วย อิสลามส่งเสริมให้แปรงฟันอย่างน้อยที่สุดวันละ 5 ครั้ง หะดิษของท่านรอซูลุลลอฮฺ ความว่า “การแปรงฟันจะทำให้ปากสะอาดและมันเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่อัลลอฮฺทรงโปรด” “เมื่อบ่าวของพระเจ้าอาบน้ำละหมาดแล้วบ้วนปาก บาบก็ออกจากปากของเขาและถ้าหากให้น้ำเข้าไปในจมูกเพื่อทำความสะอาด บาบก็จะออกจากจมูกของเขา” ท่านทั้งหลายจงแปรงฟัน ที่จริงสิ่งที่ดีที่สุด คือ การแปรงฟัน มันจะจัดโรคฟัน มันถอดเสมหะ มันทำให้ตาสว่าง มันทำให้เหงือกแข็งแรง มันทำให้กลิ่นปากหมดสิ้น มันทำให้กระเพาะดีขึ้น มันเพิ่มพูนตำแหน่งบนสวรรค์ มันทำให้มลาอิกะฮฺทำการสรรเสริญ และเป็นเหมือนให้อัลลอฮฺทรงยินดีและทำให้เซตอนโกรธแค้น” ท่านหญิงอาอิชะฮฺ รายงานความว่า “เมื่อท่านศาสดาตื่นนอน ไม่ว่าจะเป็กลางดึก หรือกลางวัน ท่านจะต้องแปรงฟันก่อนอาบน้ำละหมาด”

1.4) การรักษาความสะอาดขน ขนก็เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายเป็นที่เกาะหรือแหล่งรวมเชื้อโรค ในเรื่องการทำความสะอาดขน หะดิษของท่านรอซูลุลลอฮฺ หมายความว่า “ห้าสิ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทำความสะอาดนั้น คือ การโกนขนที่อวัยวะเพศ การขลิบเปลือกหุ้มที่อวัยวะเพศ การโกนหนวด โกนขนรักแร้และตัดเล็บ”

1.5) การรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ อวัยวะเพศเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่เป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคและโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศเป็นโรคที่มีอันตรายสูง เพราะฉะนั้นการรักษาความสะอาดอวัยวะเพศจึงถือเป็นเรื่องสำคัญ มาตรการหนึ่งที่อิสลามได้กำหนดไว้ เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ คือ การขลิบเปลือกหุ้มอวัยวะเพศชายและทำความสะอาดหลังจากการร่วมเพศ ห้ามร่วมเพศอย่างเด็ดขาดในขณะที่มีประจำเดือน อาบน้ำชำระร่างกายยกหะดิษ หลังจากที่ยร่วมเพศ หลังจากการหลั่งอสุจิและการมีประจำเดือน ทุกครั้งที่ถ่ายปัสสาวะ จะต้องพยายามให้ปัสสาวะออกมาให้หมด ก่อนล้างและการโกนขนบริเวณอวัยวะเพศ



1.6) การรักษาความสะอาดเครื่องแต่งกาย ในการละหมาดนั้น จะต้องขจัดสิ่งสกปรก ออกจากร่างกายแล้ว ยังต้องระมัดระวัง ในเรื่องความสะอาดของเครื่องแต่งกายหรือเครื่องนุ่งห่ม ให้สะอาดอยู่เสมอตั้งหลักฐานจากอัล-กูรอ่านและหะดิษดังต่อไปนี้ อัล-กูรอ่านซูเราะฮ์ที่ 7 (อัลมุดซซิร) อายะฮ์ที่ 4 ความว่า “เครื่องแต่งกายของสุเจ้าจงทำความสะอาด” หะดิษของท่าน รอซูลุลลอฮ์ ความว่า “จงสวมเครื่องแต่งกายสีขาวเพราะมันเป็นการที่ดีที่สุด”

1.7) การรักษาความสะอาดภาชนะต่างๆ ภาชนะต้องดูแลให้อยู่ในความสะอาดเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาชนะสำหรับใส่อาหารต้องไม่ปล่อยให้โดนสิ่งสกปรก หรือที่อิสลามเรียกว่า “นะญิส” ถ้าโดนสิ่งสกปรกประเภทหนัก เช่น หมู หรือน้ำลายของสุนัขให้ล้างด้วยน้ำหกครั้ง และน้ำ ผสมดินหนึ่งครั้งและการล้างต้องล้างโดยให้น้ำที่ไหลผ่านไปได้

2) การโภชนาการในอิสลาม อิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ เนื่องจากโภชนาการนั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง หลักการพื้นฐานในเรื่องโภชนาการ คือ การเลือกอาหารที่ดี มีคุณค่าสูง การทำความสะอาดอาหาร การทำความสะอาดก่อนบริโภค และเตรียมอาหาร (สาเหอะอัब्ดุลเลาะห์ อัลญุฟรี่และคณะ, 2532) อิสลามห้ามบริโภคสิ่งที่จะทำให้ ขาดสติสัมปชัญญะ ทำให้ระบบประสาทเสื่อมอันตรายนแก่ร่างกายและในทางตรงกันข้าม อิสลาม สั่งให้บริโภคสิ่งที่ดี ๆ ที่อัลลอฮ์ได้เตรียมไว้แล้วทั้งที่อยู่บนบก และในทะเลซึ่งมีเป็นจำนวนมาก มหาศาล

อิสลามห้ามกินและดื่มสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ชากส์ตว์ เลือด เนื้อหมู ยาเสพติด และสุรา อิสลามสนับสนุนให้กินเนื้อที่ศาสนาอนุมัติ จะเป็นสัตว์บก สัตว์น้ำและอาหารที่ผลิตจาก เนื้อดังกล่าว ตลอดจนสนับสนุนให้กินน้ำผึ้ง ลูกอินทผลัมและอาหารที่มีแร่ธาตุทุกชนิด

อัล-กูรอ่าน ได้กำหนดอาหารต้องห้ามไว้ ดังนี้ “แท้จริงเป็นที่ต้องห้ามสำหรับสุเจ้าซึ่งชากส์ตว์ เลือดเนื้อสุกรและสัตว์ที่ถูกนำมาฆ่าวนาม (สิ่งอื่น ๆ) ขณะเชือดนอกเหนือจากอัลลอฮ์แต่ ผู้ใดอยู่ในภาวะคับขัน โดยเขามีผู้ทรยศและไม่ใช้ผู้ละเมิดแน่นอน ย่อมไม่เป็นบาปสำหรับเขาแท้ อัลลอฮ์ทรงให้อภัยสิ่ง อื่นทั้งทรงเมตตาอย่างยิ่ง” ซูเราะฮ์ที่ 5 (อัลมาอิดะฮ์) อายะฮ์ที่ 3 ความว่า “แท้จริง เป็นที่ต้องห้ามสำหรับสุเจ้าบริโภคสัตว์ตายเอง เลือดเนื้อสุกรและสัตว์ที่เชือดรัดคอตาย ที่ ถูกตีจนตาย ที่พลัดตกจากที่สูงตาย ชนกันตาย ที่สัตว์ป่าดุร้ายจับกินยกเว้นที่สุเจ้าเชือดกินและ สัตว์ที่ฆ่าเพื่อบูชาสิ่งศักดิ์ด้วย”

3) การพักผ่อน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพของมนุษย์ อิสลามจึงได้กำหนดให้มีการ พักผ่อนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งกายและใจ (สาเหอะอัब्ดุลเลาะห์ อัลญุฟรี่ และคณะ, 2532) การ พักผ่อนลักษณะแรก คือ การพักผ่อนในลักษณะของอิบะตะฮ์ หรือการปฏิบัติเพื่อการจงรักภักดี ต่ออัลลอฮ์ ตามรูปแบบที่ศาสนากำหนด เช่น การละหมาดและการถือศีลอด อิริยาบถของการ ละหมาดนั้น เป็นการปฏิบัติที่เน้นทั้งกายและใจ ตั้งแต่ต้นจนจบ เช่น การยืน ไค้ นั่ง และกราบ



(ซุญุด) ล้วนแล้วแต่เป็นท่าหลักหรือพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ในด้านสุขภาพนั้นการที่มนุษย์ได้อยู่ในอิริยาบถหรือเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอิริยาบถตามขั้นตอนของการละหมาดแล้วก็สามารถที่จะช่วยในกระบวนการของกายภาพบำบัดไปในตัว ส่วนสภาพทางจิตใจนั้น ตลอดระยะเวลาของการละหมาดจะต้องมีจิตใจจดจ่อกับการเคารพและระลึกถึงอัลลอฮ์ เป็นการเสริมสร้างสมาธิและผลพลอยได้ ก็คือ จะทำให้จิตใจมีความเข้มแข็งและสงบสุข ทำให้เป็นคนที่มีความนอบน้อมถ่อมตน ช่วงเวลาของการละหมาด ที่แบ่งออกเป็น 5 ช่วงนั้น เพื่อให้มนุษย์ได้พักผ่อนทั้งกายและใจจะได้ผ่อนคลายความเครียด เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับชีวิตในแต่ละช่วงของเวลา ส่วนผู้หญิงที่กำลังมีประจำเดือน หลังคลอดบุตร และป่วยจนไม่อาจกระทำได้อาจจะได้รับการยกเว้น แต่ถ้าป่วยไม่มาก ก็อาจอนุโลมให้อนละหมาดและไม่ต้องหันหน้าไปทางทิศตะวันตกได้ (สายสัมพันธ์, 2519) การพักผ่อนในลักษณะที่สอง คือ การถือศีลอด ซึ่งนอกจากจะกระทำเพื่อแสดงออกถึงความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์แล้วยังมีผลต่อสุขภาพและอนามัยในแง่ของการพักผ่อนอีกด้วย หลังจากที่มีมนุษย์ทำงานหนักมาตลอดทั้งปีก็ควรจะมีการพักผ่อนเป็นเวลาหนึ่งเดือนในลักษณะต่อไปนี้

3.1) พยายามควบคุมสติอารมณ์ให้มากที่สุดเพื่อทำลายความเครียด โดยการไม่กระทำหรือคิดในสิ่งที่จะทำให้รู้สึกสับสน โกรธแค้น อิจฉาริษยา โกรธ หลง เป็นต้น

3.2) พยายามระลึกถึงอัลลอฮ์ตลอดเวลา เพื่อจิตใจจะได้สงบ ไม่ฟุ้งซ่านมีจิตใจที่มั่นคง นอบน้อมถ่อมตน

3.3) ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มในเวลากลางวัน เพื่อให้เกิดความอดทนและพักผ่อนระบบการย่อยอาหารที่ต้องทำงานหนักมาทั้งปี (สาเหอะฮับดุลเลาะห์ อัลญูฟรีย์และคณะ, 2532)

การถือศีลอดที่ได้กล่าวมานี้ เป็นการถือศีลอดภาคบังคับที่ต้องปฏิบัติปีละ 1 ครั้ง ตลอดหนึ่งเดือนของเดือนรอมฎอน (เป็นเดือนในสิบสองเดือนของอิสลาม) นอกจากการถือศีลอดดังกล่าวแล้วยังมีการถือศีลอดภาคส่งเสริมและสนับสนุนให้ปฏิบัติตามท่านรอซูลุลลอฮ์ ได้ปฏิบัติเป็นประจำ คือ วันจันทร์และวันพฤหัสบดี

4) การรักษาสุขภาพจิต คือ การป้องกันหรือขจัดความเครียดทางประสาท ซึ่งเกี่ยวกับการละหมาด การระลึกถึงอัลลอฮ์ การถือศีลอด การเสียสละเพื่ออัลลอฮ์ ทั้งนี้ก็เพื่อเกิดความเข้มแข็ง ความอดทน ความนอบน้อม ความสงบและสามารถเผชิญกับความยากลำบาก การทดสอบอุปสรรคและความเจ็บไข้ได้ป่วย อิสลามห้ามอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและฆ่าตัวตาย แต่ให้มนุษย์มีความร่วมมือกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน เพื่อจะได้แบ่งเบาภาระในชีวิต อิสลามได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันความตึงเครียดทั้งหลายในสังคม เช่น การพนัน การกินดอกเบียร์ รูปแบบของการบันเทิงที่ไม่ดี และความสับสนวุ่นวาย เป็นต้น และยังได้กำหนดให้มีความศรัทธาต่อกฎแห่งกรรม"เกาะฎอฮุ"และ"เกาะดัจ"หมายถึง ศรัทธาในกฎกำหนดสภาวะการณ์หรือระเบียบอัน

รัตกุมที่พระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของได้กำหนดไว้แก่โลก แก่มนุษยชาติ ซึ่งมีทั้งที่เกิดขึ้นที่เราหลีกเลี่ยงไม่ได้ และมีทั้งที่เป็นไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลที่ผูกพันกับสติปัญญาของมนุษย์ที่อัลลอฮ์ประทานมา (สาเหอะอับดุลเลาะห์ อัลญุฟรีย์ และคณะ, 2532)

5) การรักษาโรค อิสลามให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรค เมื่อเกิดโรคแล้วรีบรักษา ไม่ปล่อยให้ตัวเองตกอยู่ในความเสียหายและปล่อยให้ตัวเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง และเมื่อต้องการการรักษาแล้วก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ ความสำเร็จในการรักษาโรคจะเห็นได้จากหะดิษต่อไปนี้ ความว่า “มีคนอาหรับพื้นเมืองได้ถามท่านรอซูลุลลอฮ์ว่า เราควรรักษาโรคหรือไม่ ใ้ท่านรอซูลุลลอฮ์ตอบว่า “ใช่ ท่านควรรักษาโรคนั้น ใ้บ่าวของรอซูลุลลอฮ์ท่านจงรักษาโรค เพราะอัลลอฮ์จะไม่ส่งโรคต่าง ๆ โดยปราศจากการส่งยาที่เหมาะสมกับโรคนั้น ๆ โรคทุกชนิดมีการรักษา ยกเว้นมีโรคเดียวเท่านั้นที่ไม่สามารถรักษาได้” “โรคอะไรหรือที่ไม่สามารถรักษาได้” คนอาหรับดังกล่าวถาม “โรคชราเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และไม่มีการรักษา” ท่านรอซูลุลลอฮ์ตอบ ยังมีหะดิษของท่านรอซูลุลลอฮ์อีกความว่า “แท้จริงอัลลอฮ์ได้ส่งโรคลงมาแล้วส่งยาอัลลอฮ์ได้กำหนดเอาไว้แต่ละโรค ดังนั้นท่านจงรักษาเถิดและท่านจงรักษาในสิ่งที่ต้องห้าม” (สาเหอะอับดุลเลาะห์ อัลญุฟรีย์ และคณะ, 2532) ซึ่งท่านเราะซูลฯ ได้กำหนดการรักษาโรคที่ได้อย่างกว้างๆ วิธีคือ การเจาะเลือด การกินยา การให้ยาทางจมูก การถ่ายท้อง ส่วนวิธีอื่นๆ เช่น การผ่าตัดนั้น ได้มีผู้ตีความว่า ควรผ่าตัดได้ถ้าทำเพื่อช่วยเหลือชีวิต แต่ก็เป็นเรื่องต้องห้ามหากจะตัดอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ยกเว้นการตัดนั้นจะทำให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้ ก็อนุมัติให้ตัด (สายสัมพันธ์, 2519)

สรุป ความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา หมายถึง หลักปฏิบัติ ของศาสนาอิสลามที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของอิสลามิกชน

#### การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Pender และคณะ, 2006) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ มีโอกาสได้รับคำปรึกษาหารือจากบุคคลในครอบครัว, ญาติ และ บุคคลที่สำคัญต่อการทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นส่วนที่รองรับความเครียด ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1985) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเนื่องจากมีความเสื่อมของร่างกาย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยบรรเทาความตึงเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา แนวคิดการ

สนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญเชื่อมโยงไปสู่ภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคล จึงมีผู้สนใจศึกษาไว้เป็นจำนวนมาก

**ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม** มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Barrera, (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนม การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมในสังคม

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร แรงงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาที่ได้รับ การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องเห็นคุณค่า และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดได้ในชีวิตได้

Norbeck (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง จากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

Brandt and Winert (1985) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์หรือสัมพันธ์ทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล

Tiden and Weinert (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

Pender และคณะ (2006) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีการช่วยเหลือกันและ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านกายภาพในด้านศักยภาพและความแข็งแรง

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ การเงิน และแรงงานจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อน หรือ บุคคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญกับความเครียดหรือการเจ็บป่วยได้

**ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม** แบ่งการสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภทแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ที่ทำการศึกษา ตัวอย่างเช่น

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or Network support) เป็นข้อมูลที่แสดงว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Brandt and Winert (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกันจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2) ด้านการรับรู้ตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันและเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิดเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามโอกาสอันควร

3) ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือรับผิดชอบช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกว่า เป็นที่ต้องการและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

4) ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ยกย่อง เคารพ ชมเชย และเห็นคุณค่าที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสังคม

5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ หมายถึง การที่บุคคลได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ของจากสังคมเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา



House, 1981 cited by Tilden (1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมมี 4 ประเภท คือ

1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2) แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ

2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา และเป็นข้อมูลป้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว

3) การสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของ หรือการบริการ เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนด้านสิ่งของ และรวมถึงการช่วยเหลือและให้บริการ

Thoits (1982) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการสนับสนุนข้อมูลทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ

2) การสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ (Instrument support) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำใหบุคคลที่ได้รับนั้น สามารถดำรงบทบาท หรือหน้าที่ ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

3) การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional support) เป็นการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม



4) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร 5) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงิน หรือ การบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนให้ครอบคลุมทุกด้าน

**แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมมีผู้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายประเภท ดังนี้

Dobrof (1992) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ตามรูปแบบความสัมพันธ์ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1) การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (Formal support) โดยการสนับสนุนจะมาจากองค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งของรัฐและเอกชน

2) การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ (Informal support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันเกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคล ซึ่งไม่เป็นระบบและไม่ต้องจ่ายเงินเป็นการแลกเปลี่ยน เช่น การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน มิตรสหาย

Phillips (1991) แบ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในลักษณะเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1) การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบย่อย (Subsystem) เป็นแหล่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เล็กที่สุด ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับสิ่งมีชีวิตที่มีความหมายในชีวิต ซึ่งอาจเป็นบุคคล เช่น บุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน หรือผู้ดูแล หรือสิ่งอื่นที่อาจไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ

2) การสนับสนุนทางสังคมระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มคนที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับกลุ่มคนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับกลุ่มองค์กรทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

3) การสนับสนุนทางสังคมระดับเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่ในชุมชนเดียวกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับระบบการสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

Pender และคณะ (2006) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด เนื่องจากมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรมและประสบการณ์ต่าง ๆ

2) กลุ่มบุคคลใกล้ชิด (Peer support systems) ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

3) กลุ่มบุคคลทางศาสนา (Organized religious support systems) ได้แก่ พระ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลอื่นในองค์กรศาสนามีการยึดหลักคำสอนของศาสนาเป็นเป้าหมายหลักในการสนับสนุน

4) กลุ่มบุคคลทางด้านสุขภาพ (Organized professional support systems) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นกลุ่มที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักส่งเสริมป้องกันดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองและผู้ใกล้ชิด

5) กลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized self-help support groups not directed by health professionals) ได้แก่ กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จะเห็นได้ว่า แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมีหลายประเภทและมีความแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ทำการศึกษา แต่ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมผสมผสานแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุมุสลิม

**การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ** จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า

1. **การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support)** เป็นการสนับสนุนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความผูกพัน มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ ทำให้รู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีที่พึ่งพาและรู้สึกปลอดภัย ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) การหมดหน้าที่จากการทำงานต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีชีวิตที่โดดเดี่ยว ซึมเศร้า มีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง มีความเครียด วิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง (รุ่งทิพย์ แบ่งใจ, 2542) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่ายในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Schaefer Coyne, & Lazarus, 1981) มีจิตใจ อารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมที่สวนลุมพินีได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์สูงมากทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง

เช่นเดียวกับการศึกษาของอนันต์ ภูเกียง (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในจังหวัดกระบี่ ได้รับการสนับสนุนจากสังคมด้านอารมณ์ในระดับสูง

**2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support)** เป็นการที่ผู้สูงอายุมุสลิมได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็นหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แล้วได้รับการยอมรับยกย่องจากบุคคลอื่น เนื่องจากวัยสูงอายุมีการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้รู้สึกว่าตนเองต้องเป็นภาระของผู้อื่นทั้งครอบครัวและสังคม ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ มีความสำคัญกับสมาชิกทุกคนในครอบครัวและสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการให้ความเคารพนับถือ เชื่อฟังคำสั่งสอน ยอมรับฟังความคิดเห็นและคำแนะนำ รวมถึงการยกย่องชมเชย และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกที่เป็นทุกข์ออกมา จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ มีความสามารถ เป็นที่ยอมรับและมีคุณค่าต่อบุคคลอื่น มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพต่อไป จากการศึกษาของอนันต์ ภูเกียง (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสพการณ์ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุอื่นน้อยกว่า ทำให้เป็นที่ยอมรับจากสังคม เพื่อนบ้าน และชุมชน นำมาซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

**3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support)** เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพทำให้มีโอกาสพบปะผู้อื่นน้อยลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกถูกแยกออกจากสังคมไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อการดำเนินชีวิตที่ดี และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หมดหวังจนเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของจิรวรรณ อินคุ่ม (2541) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างดี จะทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งช่วยลดภาวะเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

**4. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support)** เป็นช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ส่วนใหญ่การได้รับข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ จะได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้มีการรับรู้ข่าวสาร ประสพการณ์และความคิดเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา หรือเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน มักอยู่แต่ในบ้าน ทำให้มีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้ผู้สูงอายุทราบว่าตน

สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีเพียงใด รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมที่สวนลุมพินี ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากการพบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน มีความเสื่อมของสภาพร่างกายและประสบปัญหาต่าง ๆ ที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน ทำให้มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดีและผู้สูงอายุยังได้มีการออกไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นด้วยเช่นกัน ร่วมกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ง่าย

5. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ลดลง หรือไม่มีรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางการเงิน และสิ่งของ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และจากความเสื่อมของสภาพร่างกายช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องมีคนคอยช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดหาอาหารให้รับประทาน รวมถึงการพาไปรักษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือ การบริจาคจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้สูงอายุคลายความเครียด หรือความวิตกกังวลลงเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไปได้ จากการศึกษาของอนันต์ ภู่เกียง (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนที่จังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานเป็นอย่างดีทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย การจัดหาซื้อยา การพาไปพบแพทย์และเป็นธุระในเรื่องต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงตามมา ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.81 มีสถานภาพคู่และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งคู่สมรสและบุตรหลานที่คอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Scheafer, Coyne, & Lasarus (1981) สร้างแบบสัมภาษณ์จากการดัดแปลงการสนับสนุนทางสังคมของชลธิชา จันทศิริ (2549) ประกอบด้วยการสนับสนุน 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านสิ่งของ เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาที่มีความเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ



#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชน โดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันพื้นฐานในการดำเนินการ ชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2505 และได้มีการพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยมีการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจากหลายองค์กร ถึงแม้จะมีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ หากปัจจัยสำคัญในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุมีความพร้อมเข้าใจอุดมการณ์ของชมรมผู้สูงอายุในแง่ที่ว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ มีระเบียบข้อบังคับของชมรม มีสถานที่และเงินทุนในส่วนของ การจัดกิจกรรมตามความสนใจและตามความต้องการของสมาชิกเป็นสำคัญ สมาชิกเข้าร่วมกับชมรมด้วยความสมัครใจโดยมีความเสมอภาค ซึ่งบทบาทของชุมชนในการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เพราะชมรมผู้สูงอายุเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กัน และสามารถใช้ศักยภาพของแต่ละคนในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545)

ในปีพ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด ให้แต่ละจังหวัดดำเนินการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และร่วมกันแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล สำหรับชมรมผู้สูงอายุไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ถ้าหากต้องการเปลี่ยนสถานะเป็นนิติบุคคลต้องจดทะเบียนต่อทางราชการเป็นสมาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชมรมเป็นจุดรวมในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2531) คือ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินการรวมกลุ่ม หรือจัดตั้งชมรมโดยภาครัฐช่วยเหลือสนับสนุน
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสดำเนินการในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรม
4. เพื่อร่วมกันแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับอาชีพ การพัฒนาตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และการถ่ายทอดความรู้ด้านวัฒนธรรมแก่คนรุ่นหลัง
5. เพื่อให้มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องร่วมกันในสถานที่ ที่จัดตั้งชมรม หรือที่จัดกิจกรรม และให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัย

ในปัจจุบันพบว่า มีชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จำนวน 5,089 ชมรม (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547)



## ชมรมผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพ

ชมรมผู้สูงอายุมีภารกิจหลัก คือ การส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา โดยด้านร่างกายให้มีร่างกายแข็งแรง ได้รับอาหารดี มีสิ่งแวดล้อมดี มีความปลอดภัย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และมีเศรษฐกิจพอเพียง ในด้านจิตวิญญาณ ในด้านสังคมมีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีสันติภาพ มีความเป็นประชาคมเพื่อสังคมดี เศรษฐกิจดี การเมืองดี และให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ต่อเนื่อง มีทักษะชีวิตมีอิสรภาพ มีโลกทรรศน์ ชีวทรรศน์ถูกต้อง

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น เป้าหมายการดำเนินการ คือ การสร้างคุณค่าและจิตสำนึกแห่งความดีให้แก่สมาชิกชมรม โดยการใช้หลักคำสอนของศาสนาให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสศึกษาหลักคำสอนต่างๆ อาจจะเป็นคู่มือการศึกษาด้วยตนเอง หรือเชิญผู้มีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้น ๆ มาเล่าให้ฟัง

นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้ ชมรมผู้สูงอายุเกิดกระบวนการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งกระบวนการเรียนรู้นี้ นอกจากจะรู้ข้อมูลทางวิชาการจากคู่มือ จากการฟังผู้มีความรู้สนทนาแล้ว ยังจะต้องมีการลงมือปฏิบัติไปพร้อม ๆ กันอย่างสม่ำเสมอด้วย จึงจะเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างแท้จริง ( ปิยะภรณ์ ศิริภาณุมาศ, 2546) หลักในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2548) คือ

- 1) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 2) ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
- 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม
- 4) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ
- 5) การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ
- 6) หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรค ได้แก่ การหกล้ม ภาวะกระดูกพรุน โรคในระบบไหลเวียน การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และโรคมะเร็ง
- 7) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ

ชมรมผู้สูงอายุจะดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไปได้ดีก็ต่อเมื่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และชุมชน มีความตระหนักถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี มีจิตสำนึกเรื่องสุขภาพเห็นความสำคัญและคิดว่าสุขภาพคือ คุณภาพชีวิต ถ้าต้องการให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีความสุข ก็จะต้องมีการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพดีไม่สามารถหยียบยื่นให้กันได้ นอกจากจะต้องปฏิบัติเอง เมื่อผู้สูงอายุมีความตระหนักและดูแลรักษาสุขภาพของตน ครอบครัวก็เป็นครอบครัวสุขภาพ ชุมชนก็เป็นชุมชนสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุก็เป็นชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผลก็คือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และมีการเรียนรู้ที่ดีในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

ชมรมผู้สูงอายุที่สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ตัวผู้สูงอายุเองจะต้องมีความตระหนักถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี และรับรู้ว่ายสูงอายุเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีผลต่อการจะต้องพึ่งพาบุตรหลาน ขาดความเป็นอิสระในชีวิตของตน เมื่อผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพแล้ว และมองเห็นปัญหาในอนาคตก็มารวมตัวกัน พุดคุยเพื่อหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการรวมตัวโดยธรรมชาติไม่มีใครกะเกณฑ์ให้รวมตัว เกิดเป็นชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น เมื่อพุดคุยกันบ่อย ๆ ก็จะมีคนผู้นำตามธรรมชาติขึ้น ซึ่งจากการศึกษาในอดีตพบว่า ผู้นำชมรมผู้สูงอายุมักจะเป็นคนที่สมาชิกเห็นว่าเป็นคนดีมีความเสียสละ ซื่อสัตย์สุจริต มีประสบการณ์ในการทำงานต่อจากนั้นจะมีการมองปัญหาร่วมกัน และหาทางแก้ไขปัญหา โดยการตั้งเป้าหมายของชมรมขึ้นและมีการแบ่งหน้าที่กันตามความเหมาะสม การรวมกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ อาจจะไม่ต้องเก็บเงินค่าสมาชิกชมรมก็ได้ ถ้ากิจกรรมนั้นเป็นการปฏิบัติร่วมกัน แต่ละคนอาจจะนำสิ่งของมาจากบ้านของตนเองก็ได้ ยิ่งถ้าเป็นการออกกำลังกาย ทำสมาธิ ก็ไม่ต้องใช้งบประมาณแต่อย่างใด ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดการรบกวนสมาชิก เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนอาจมีปัญหาเรื่องค่าครองชีพ จะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมได้ การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะมาช่วยถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นในหมู่ผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ การตรวจสุขภาพตนเองเบื้องต้น เป็นต้น และการสนับสนุนส่งเสริมจากองค์กรอื่น ๆ ที่ให้กำลังใจ หรือสนับสนุนด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวผู้สูงอายุเอง และคนในชุมชนก็มีความสำคัญที่จะช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมของชมรม

การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุ ต้องมีขนาดไม่ใหญ่โตจนยากที่จะบริหารจัดการ และทำให้สมาชิกขาดโอกาสที่จะรู้จักหรือพุดคุยกันได้อย่างถ้วนหน้า ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่มากควรแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ โดยมีแกนนำประจำกลุ่ม เพื่อนำสมาชิกทำกิจกรรมร่วมกันได้ง่าย และส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุนั้น มีความให้อายุเป็นตัวกำหนดลักษณะของชมรมว่าสมาชิกจะต้องเป็นผู้สูงอายุเท่านั้น สมาชิกอาจมีได้หลากหลายวัย ไม่ควรจำกัดอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การที่ผู้สูงอายุจะยังคงเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรม อย่างต่อเนื่องหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการดำเนินงานของชมรมเอง ดังนั้น ชมรมจะต้องสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างน่าสนใจ มีประสิทธิภาพที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมแล้วทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเป็นสุขใจจากคำชมเชย ชื่นชม และได้รับการยอมรับจากครอบครัว

ชุมชน และมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สุขภาพจิตดี สมดังวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมพิเศษที่จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำในสิ่งที่แตกต่างออกไปจากชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น รอคอย มีความหวัง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับจิตใจของผู้สูงอายุ และย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพดี มีชีวิตที่ยืนยาวได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ชี้ให้เห็นว่า การมีชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพบว่า การมีชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงกว่าการไม่มีชมรมผู้สูงอายุ

## 5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยช่วยให้บุคคลเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่น้อยที่สุด และแม้จะต้องตายก็ตายอย่างมีคุณค่าสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือทั้งผู้สูงอายุที่ปกติมีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย โดยมีบทบาทดังนี้ (นิรมล อินทฤทธิ์, 2547)

1) การจัดโปรแกรมส่งเสริมปกป้องสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งในกลุ่มที่มีสุขภาพดีและกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความต้องการเฉพาะและกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองที่บ้าน ในสถานสงเคราะห์ หรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุด ส่งเสริมการดูแลตนเองและกระตุ้นการมีเครือข่ายทางสังคม

2) การช่วยให้ผู้สูงอายุปกป้องตนเอง และเป็นผู้สูงอายุที่มีแบบแผนชีวิตที่ดีในวันข้างหน้า เพื่อสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ การเข้าร่วมกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสังคม

3) การทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุที่แสดงถึงการทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีการกำหนดเป้าหมาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education) จะต้องปรับให้เหมาะสมกับความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรม

4) กลวิธีในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (Health Education) โดยเริ่มจากการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเป้าหมายชีวิต ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม การจูงใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมโดยคำนึงถึงศักยภาพผู้สูงอายุ การใช้กลุ่มสนับสนุนซึ่งมีอยู่แล้วในชุมชน การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ในวัดหรือในมัสยิด

5) การดำเนินการโดยใช้กลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เช่น การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ในวัดหรือในมัสยิดเป็นแกนหลักที่พยาบาลใช้ในการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างแพทย์กับศาสนา สอนและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษา คัดกรองและบริการส่งต่อ

6) การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (Systemic Program) และเป็นโครงการที่สร้างสรรค์ มีโปรแกรมการให้ความรู้ เช่น การเตรียมตัวเกษียณอายุ การผ่อนคลายเพื่อแก้ปัญหาอันไม่หลับ การคัดกรอง การตรวจสุขภาพ และการติดตามผล ซึ่งการกระทำในศูนย์สุขภาพหรือศูนย์สาธารณสุขระดับต้น การตรวจร่างกายประจำปี ให้ความรู้เรื่องสุขภาพทุก 2-3 เดือน

7) การเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ที่ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัด หรือมีปัญหาเฉพาะสามารถสังเกตสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติเพื่อลดอันตรายที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ภาวะโภชนาการ การใช้จ่าย เป็นต้น

8) การจัดโปรแกรมร่วมกับกิจกรรมในสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกับโปรแกรมการออกกำลังกายของจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน หรือสวนสาธารณะต่างๆ โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตรวจร่างกาย คัดกรองความเจ็บป่วยผู้สูงอายุ

9) การรณรงค์ การส่งเสริมสุขภาพ อาจสนับสนุนโดยรัฐบาล หรือเอกชน ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และโปรแกรมของชุมชน โดยการสอนให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี

10) การจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการ (Access to Service) เป็นการจัดการให้มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นโครงการหนึ่งของโรงพยาบาลที่พยาบาลให้ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้

11) การจัดโครงการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care for Caregiver)

ปัจจุบันการให้บริการสุขภาพเปลี่ยนจากการบริการเชิงรับเป็นบริการเชิงรุก คือ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการส่งเสริมสุขภาพด้วยการปรับเจตคติและความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การจัดโปรแกรมส่งเสริมและปกป้องสุขภาพอย่างเป็นระบบ Innovative ในชุมชน บ้าน โบสถ์ วัด มัสยิดและหน่วยบริการสุขภาพระดับต้น ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถสูงสุดเต็มศักยภาพ มีความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และรับรู้ถึงความมีคุณค่าแห่งตน แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ ดำเนินชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ มีหลายแนวคิด แนวคิดแต่ละแนวคิดมีลักษณะเด่น เน้นมองและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีคุณภาพแตกต่างกัน อีกทั้งยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุตามแนวคิดต่าง ๆ ดังนี้



แนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy Ageing) ให้จุดเด่นโดยเน้นเกี่ยวกับสุขภาพในวัยสูงอายุ องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่า คือ การเป็นผู้สูงอายุที่มีได้เพียงปราศจากโรคเท่านั้น แต่รวมถึงการมีความสามารถในการใช้ร่างกายทั้งด้านสรีรวิทยา จิตใจ และสังคม ซึ่งได้เปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชราให้ทำงานได้อย่างเหมาะสม Ebersole และ Hess (2004) กล่าวถึงตัวกำหนดการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี 6 ด้าน ได้แก่ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ ชีวิต และ จิตวิทยา

แนวคิดการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (Successful Ageing) เป็นแนวคิดที่เน้นเรื่องการสูงอายุโดยไม่ให้เกิดการสูญเสียของหน้าที่การทำงานทางสรีระ Rowe และ Khan (1999) ให้คำจำกัดความว่า คือ ความสามารถที่จะคงพฤติกรรมหรือลักษณะ 3 ประการ ดังนี้

- 1) การหลีกเลี่ยงจากโรค และความพิการ
- 2) คงสภาพความสามารถของร่างกายและสติปัญญาให้ยาวนาน และ
- 3) ทำงานอย่างต่อเนื่องและกระตือรือร้น

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาตี เฉลิมวรรณพงษ์ (2530) ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการครั้งแรกจากโรงพยาบาลสี่แห่งในเขต 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 290 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์การใช้บริการสาธารณสุข แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านการเงินในการนำไปใช้บริการสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ถึงอุปสรรคด้านกายภาพ และด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง เพศหญิงมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคการใช้บริการสาธารณสุขสูงกว่าเพศชาย (กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 20-60 ปี) การศึกษา และรายได้ต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการจัดการกับความเครียด ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์



ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย คือ เพศ และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

สดใส ศรีสอาด (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) กลุ่มตัวอย่าง 510 คน พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีชมรมผู้สูงอายุ และประสบการณ์ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเชิงชักนำให้ปฏิบัติพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการได้รับคำแนะนำจากบุคคลที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐพงศ์ อนุวัตรรยรง (2540) ศึกษาการเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ตอนบน โดยเลือกพื้นที่ศึกษาอำเภอเกาะเปอร์ จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุชาวไทยพุทธ 232 คนและชาวไทยมุสลิม 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มศาสนามีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 3 กลุ่มคือ เครือข่ายในครอบครัว เครือข่ายในกลุ่มเครือญาติ และกลุ่มเครือข่ายเพื่อนบ้าน ขนาดของกลุ่มสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมใหญ่กว่าผู้สูงอายุชาวไทยพุทธ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุตรหลาน โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเป็นบุตรของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธที่อยู่จังหวัดอื่นมากกว่าบุตรของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม และทั้ง 2 กลุ่มศาสนามีการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

กนกวรรณ จันทรแดง (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี ใช้เทคนิคการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำศาสนาอิสลามจำนวน 330 คน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 99 ส่วนพฤติกรรมการบริหารจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้นำศาสนาอิสลามได้ร้อยละ 17.1 และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด

กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในเกณฑ์ดี ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานได้ร้อยละ 22.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

อินทราพร พรหมปรการ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ และนอกจากนี้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีตามมา

วรรณิ ชัชวาลทิพากรและคณะ (2542) ทำการศึกษาเพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 800 คน อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ 400 คนและอาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาท 400 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภาครัฐและเอกชน จำนวน 100 คน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงและการใช้บริการในการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ศึกษาการรับรู้ตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 64 อาศัยอยู่กับครอบครัวขยายได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว

อนันต์ ลู่เกียง (2543) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ที่จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง 82 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 57.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 มีสถานภาพสมรสคู่ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี แต่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

สุนิ สุวรรณพสุ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน พบว่า ความรู้สึที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการ

ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ

ฉัตรชัย ใหม่เขียว (2544) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยและครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

สุวิมล สันติเวส (2545) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมโดยการให้คู่มือทัศนคติตัวแบบ และได้รับคู่มือปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < .01$ )

ไพจิตรว ล้อสกุลทอง (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 180 คน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากความแตกต่างของเพศ อายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 70-84 ปี เป็นช่วงที่เริ่มมีการเจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยลงและพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก ทำให้ขาดการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สุมิตรา สันธิศิริมานะ (2546) ศึกษาประสพการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 ราย พบว่า ประสพการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ การเป็นผู้เริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ และผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ ในการเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ปฏิบัติเพื่อส่งเสริม

สุขภาพหลายประการ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย และการมีสุขภาพจิตที่ดี แม้ว่าจะมีอุปสรรค คือ ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และการเดินทาง แต่เมื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รับผลจากการส่งเสริมสุขภาพ คือ มีความสุขไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว และสังคม รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 260 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ และปัจจัยความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 400 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ สภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว บุตรหลานไม่ให้การสนับสนุน และไม่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

เตื่อนจิตร ภัคดีพรหม (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 110 คน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองจอก ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตหนองจอก ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอยู่ในระดับดี การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม และพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

ชลธิชา จันทศิริ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำนวน 400 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี มีการสนใจและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ การสนใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ



Seo (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชีวิตของผู้สูงอายุโดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 350 คน ที่อาศัยอยู่ในชนบทและเมืองใหญ่ในประเทศเกาหลี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยในการส่งเสริมสุขภาพ คือ 2.46 คะแนนที่สูง คือ ด้านโภชนาการ (2.65) ส่วนคะแนนที่ต่ำ คือ กิจกรรมทางกาย (2.36) และการจัดการกับความเครียด (2.36) ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านรูปแบบชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ คือ อายุ ที่อยู่อาศัย ชีวิตคู่ การศึกษา ศาสนา และเงินเก็บในบั้นปลายชีวิต ส่วนปัจจัยที่ทำนายรูปแบบการดำเนินชีวิตและส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ( $r=.55$ ) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ข้อผูกมัดในการกระทำ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีรายงานถึง 64.3% ของตัวแปรทั้งหมดในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกาหลี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตามบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน มีวิถีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากภาคอื่น ๆ ปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งตามแนวคิดของ Pender และคณะ (2006) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งเชื่อว่า บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยหลัก 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมดั้งเดิม และปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำ การรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยซึ่งเป็นตัวกำหนดสุขภาพและส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดีขึ้น เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และปัจจัยที่เกิดจากความคิดและความรู้สึกนึกเฉพาะต่อพฤติกรรม ได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุนั้นก็ คือ การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Cobb(1976) และ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของหรือบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับ กลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาซึ่งมีความสัมพันธ์ทางร่างกาย จิตใจ



อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนที่ครอบคลุมทุกด้าน ดังเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

## ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป นับถือศาสนาอิสลามและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบน คือ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา ภูเก็ต กระบี่ และนครศรีธรรมราช อย่างน้อย 1 ปี

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบนและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Thorndike (อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์วารุกร, 2547) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$\text{สูตร } N \geq 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$\text{แทนค่า } N \geq (10 \times 8) + 50$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้ คือ 130 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบน โดยวิธีการสุ่ม มีขั้นตอนดังนี้

- 1) ทำการสุ่มจังหวัดเพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษาทั้งนี้ จังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบนประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง และสุราษฎร์ธานี ทำการสุ่มโดยการจับสลากจังหวัดขึ้นมา 3 จังหวัด ได้แก่ สุราษฎร์ธานี กระบี่ และ นครศรีธรรมราช
- 2) ทำการสุ่มอำเภอ ในแต่ละจังหวัดมา 2 อำเภอ หลังจากนั้นสุ่มโดยการจับสลากตำบล ในแต่ละ อำเภอมา 1 ตำบล และสุ่มเลือกชมรมผู้สูงอายุมา 1 ชมรมจากแต่ละตำบล ประสานงาน

กับสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัยของกลุ่มตัวอย่างสุ่มที่ได้เพื่อขอทราบจำนวนผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมเพื่อให้ประสานงานกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นมุสลิม

3) ทำการสุ่มโดยการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุมุสลิมจากชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ ตามสัดส่วนของจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตรงตามที่กำหนด

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ภาคใต้ ตอนบน ใน 3 จังหวัดที่สุ่มได้

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	ชื่อชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
สุราษฎร์ธานี	ไชยา	พุมเรียง	บ้านพุมเรียง	175	18
		ท่าทอง	บ้านท่าทอง	519	55
กระบี่	เหนือคลอง	คลองเขม่า	บ้านนาง	260	28
		เมือง	อ่าวนาง	บ้านอ่าวนาง	182
นครศรีธรรมราช	เมือง	นาเคียน	บ้านหัวเหมืองทะเล	70	7
		ปากพอง	แสงวิมาน	แสงวิมาน	30
<b>รวม</b>				<b>1,236</b>	<b>130</b>

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

## ลักษณะของเครื่องมือ

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามให้เติมคำในช่องว่าง และเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิดโดยให้ผู้สูงอายุตอบ

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากเครื่องมือของ สาลี เฉลิมวรรณพงศ์ (2530) และอาศัยหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ซึ่งหลักการปฏิบัติ ในอิสลามหรือที่เรียกกันว่าหลักการอิสลาม 5 ประการตามแนวคิดของเสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535) คือ 1) การเชื่อในอัลลอฮ์ 2) การนมาซหรือ 3) การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน 4) การจ่ายซะกาตหรือการบำเพ็ญทานแก่คนยาก 5) การทำฮัจญ์

ลักษณะของแบบวัดความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งประกอบด้วย ข้อความที่เป็นด้านบวก 10 ข้อ ด้านลบ 1 ข้อ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

### ด้านบวก

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้เลย	1
ไม่เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้บ้างเล็กน้อย	2
ไม่แน่ใจ	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้เพียงครั้งหนึ่ง	3
เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้เป็นส่วนใหญ่	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้ทั้งหมด	5

## ด้านลบ

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้เลย	5
ไม่เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้บ้างเล็กน้อย	4
ไม่แน่ใจ	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้เพียงครั้งหนึ่ง	3
เห็นด้วย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้เป็นส่วนใหญ่	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่ผู้ตอบรับได้ทั้งหมด	1

การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งแปลผลโดยคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00-1.49	ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก
1.50-2.49	ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
2.50-3.49	ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
3.50-4.49	ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง
4.50-5.00	ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของชลธิชา จันทศิริ (2549) จากกรอบแนวคิดของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) และ Cobb, (1976) แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมนรวม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่า



และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแบ่งเป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวก จำนวนทั้งหมด 25 ข้อ ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์	จำนวน	8	ข้อ
2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ	จำนวน	4	ข้อ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	5	ข้อ
4. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	จำนวน	4	ข้อ
5. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	จำนวน	4	ข้อ

มีขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

2. ทำการสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) และ Cobb, (1976) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราลึเคิร์ท คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมาย และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ	5
เห็นด้วย	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
ไม่แน่ใจ	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ	1

มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

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

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของซลธิชา จันทศิริ (2549) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
- 2) กิจกรรมทางกาย
- 3) โภชนาการ
- 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ
- 6) การจัดการกับความเครียด และหลักศาสนาอิสลาม

ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวกทั้งหมด จำนวนทั้งหมด 38 ข้อ ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	จำนวน	7	ข้อ
2. กิจกรรมทางกาย	จำนวน	4	ข้อ
3. โภชนาการ	จำนวน	6	ข้อ
4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	จำนวน	7	ข้อ
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	จำนวน	7	ข้อ
6. การจัดการกับความเครียด	จำนวน	7	ข้อ

โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

2. ทำการสร้างข้อคำถามโดยการปรับปรุงจากแบบสอบถามของซลธิชา จันทศิริ (2549) ตามกรอบแนวคิดของ Pender และคณะ (2006) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์	4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบ่อยหรือปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งหรือปฏิบัติ 2-3 วัน/สัปดาห์	2
ไม่เคยปฏิบัติ	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย	1

มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	1.00-1.60	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีมาก
ค่าเฉลี่ยของคะแนน	1.61-2.20	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
ค่าเฉลี่ยของคะแนน	2.21-2.80	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยของคะแนน	2.81-3.40	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ยของคะแนน	3.41-4.00	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงตรง ดังนี้

### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือส่วนที่ 2-4 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษารวมทั้งหมด 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศาสนาศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็น ดังนี้

1.1 เนื้อหาและเกณฑ์ที่ใช้วัดของเครื่องมือแต่ละชุดมีความถูกต้อง ครบคลุมในเรื่องที่ต้องการวัดตามคำจำกัดความหรือไม่

1.2 จำนวนสามารถสื่อความเข้าใจ เป็นภาษาที่เหมาะสมกับเนื้อหาและถูกต้องตามหลักวิชาการหรือไม่

การตัดสินความตรงตามเนื้อหา ใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำมารวมความถูกต้องของการวัดและคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index) (Davis, 1992) และปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ดังนี้

### ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนาไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้

ค่า CVI เท่ากับ 0.92 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาปรับข้อคำถามและปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	จำนวน	13	ข้อ
ปรับข้อคำถาม	จำนวน	14	ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน	13	ข้อ

ปรับแก้ไขสำนวนภาษาบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 13 ข้อ

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้วผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.78 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับข้อคำถามและปรับข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	จำนวน	26	ข้อ
ปรับข้อคำถาม	จำนวน	4	ข้อ
ตัดข้อคำถาม	จำนวน	1	ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน	25	ข้อ

ปรับแก้ไขสำนวนภาษาบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ

### ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือ มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมได้ค่า CVI เท่ากับ 0.62 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาปรับข้อคำถามและ

ปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น  
ดังนี้

ข้อความเดิม	จำนวน	42	ข้อ
ปรับข้อความ	จำนวน	7	ข้อ
ตัดข้อความ	จำนวน	3	ข้อ
เพิ่มข้อความ	จำนวน	1	ข้อ
รวมข้อความที่มีความสมบูรณ์	จำนวน	40	ข้อ

ปรับแก้ไขสำนวนภาษาบางข้อตามข้อเสนอนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับแก้ตาม  
ข้อเสนอนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมก่อน  
นำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 40 ข้อ

## 2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิก  
ชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน ชมรมผู้สูงอายุบ้านคลองม่วง ตำบลหนองทะเล อำเภอเมือง จังหวัด  
กระบี่ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วันที่ 1-31 กรกฎาคม 2551 หลังจาก  
นั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha  
coefficient) โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้วผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสม  
กับงานวิจัยควรมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป และหากเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นใหม่ควรมีค่าความเที่ยง  
0.70 ขึ้นไป (Burn and Grove, 2001) ซึ่งจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ได้ค่าความเที่ยง  
ระหว่าง 0.66-0.94 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงการทดลอง (N = 30คน)	ค่าความเที่ยง โดยรวม
1. ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	.80	.80
2. การสนับสนุนทางสังคม		.89
2.1 ด้านอารมณ์	.84	
2.2 ด้านสิ่งของ	.84	
2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร	.92	
2.4 ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	.91	
2.5 ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.85	
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		.85
3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.88	
3.2 โภชนาการ	.76	
3.3 กิจกรรมทางกาย	.66	
3.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.92	
3.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.94	
3.6 การจัดการกับความเครียด	.87	

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน มีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขอรับการรับรองการดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาล จำนวน 2 ท่าน การฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายทำความเข้าใจ ในแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และลงนามแบบสอบถามไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบสอบถามถูกต้องตรงกับผู้วิจัย

3. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นจังหวัดในภาคใต้ตอนบนที่สุ่มได้ เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะเข้ามาพบสาธารณสุขอำเภอเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน หัวหน้าสถานีนอนามัยที่รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุในตำบลที่สุ่มตัวอย่างได้ และเข้าพบประธานชมรมผู้สูงอายุในแต่ละชมรมเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอทราบเกี่ยวกับจำนวนและรายชื่อของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนัดหมายในครั้งต่อไป แจ้งรายชื่อผู้สูงอายุที่จะต้องตอบแบบสอบถาม นัดวันและเวลาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง และผู้ช่วยวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งหมด นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

### จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะไม่เป็นผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยระหว่างการตอบคำถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถหยุดตอบคำถามได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่ออย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ จึงทำการเก็บข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์ค่าโดยรวม รายด้าน และประเมินระดับจากค่าเฉลี่ย

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุด, 2542)

ค่าระหว่าง	0.70-0.90 และ (-0.70)-(-0.90)	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง	0.30-0.69 และ (-0.30)-(-0.69)	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าระหว่าง	$\pm 0.29$ และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถ่วง (Contingency Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ (ประคอง กรวรรณสุด, 2542) คือ ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00-2.00 ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 ระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 3.01-4.00

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และ ความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งได้จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน จำนวน 130 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

**ตอนที่ 1:** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน (ตารางที่ 3)

**ตอนที่ 2:** ข้อมูลความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน (ตารางที่ 4-17)

**ตอนที่ 3:** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน โดย (ตารางที่ 18-19)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ (N=130)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b> ( $\bar{X}$ =69.62, SD=6.59,Min = 60 ,Max = 89)		
60-69 ปี	66	50.77
70-79 ปี	52	40.00
80 ปีขึ้นไป	12	9.23
<b>เพศ</b>		
หญิง	64	49.23
ชาย	66	50.77
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	1	0.77
คู่	84	64.61
หม้าย	43	33.08
หย่า/แยกกันอยู่	2	1.54
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	46	35.38
ประถมศึกษา	81	62.31
มัธยมศึกษา	2	1.54
ปวช./ปวส.	1	0.77
<b>รายได้(บาท/เดือน)</b>		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000	50	38.46
2,001-4,000	44	33.85
4,001-6,000	27	20.77
6,0001-8,000	5	3.84
8,001-10,000	1	0.77
มากกว่า10,000	3	2.31



จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.77 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และอายุระหว่าง 80-89 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 อายุโดยเฉลี่ย คือ 69.62 ปี กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 64.61 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสหย่า จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 33.08 สถานภาพสมรสหย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรสโสดมีน้อยที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.77

กลุ่มตัวอย่างมีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 62.31 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 ระดับปวช./ปวส. จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77 และไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 35.38

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท มากที่สุดจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมาคือ รายได้ 2,001-4,000 บาท จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 33.85 รายได้ 4,001-6,000 บาท จำนวน 27คน คิดเป็นร้อยละ 20.77 ตามลำดับ และ รายได้ 8,001-10,000 บาท น้อยที่สุด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77

## ตอนที่ 2 ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 1) ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. อัลลอฮฺ (ซ.บ.)ทรงให้ทุกคนดูแลร่างกายให้มีสุขภาพดี	4.82	0.41	สูงมาก
2. การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบจากอัลลอฮฺ (ซ.บ.)	4.80	0.46	สูงมาก
3. การเจตนาทำให้เจ็บป่วย หรือฆ่าตัวตายเป็นบาป	4.75	0.61	สูงมาก
4. เมื่อเจ็บป่วยต้องรักษาพยาบาล	4.67	0.47	สูงมาก
5. เมื่อเจ็บป่วยสามารถเว้นถือศีลอดได้แต่ต้องถือซัดเซยเมื่อหายป่วย	4.65	0.58	สูงมาก
6. ทุกคนมีหน้าที่ที่ต้องค้นหา และวิธีรักษาที่ถูกต้อง	4.62	0.59	สูงมาก
7. การผ่าตัดทำหมันในกรณีจำเป็นเพื่อรักษาชีวิตของมารดา	4.42	0.72	สูง
8. การตรวจรักษาร่างกายส่วนที่ปกปิดโดยแพทย์ต่างเพศในกรณีจำเป็นเพื่อรักษาชีวิต	4.42	0.59	สูง
9. ความรับผิดชอบต่อความเจ็บป่วย	4.34	0.87	สูง
10. การรักษาด้วยวิธีที่ถูกต้อง	3.39	1.19	ปานกลาง
11. การเจ็บป่วยที่ไม่สามารถยืนหรือนั่งได้อาจงดเว้นการละหมาดได้	1.35	0.58	ต่ำมาก
<b>โดยรวม</b>	<b>4.09</b>	<b>0.34</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.39$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อัลลอฮฺ(ซ.บ.)ทรงให้ทุกคนดูแลร่างกายให้มีสุขภาพดี ( $\bar{x} = 4.82$ ) รองลงมา คือ การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบจากอัลลอฮฺ(ซ.บ.) ( $\bar{x} = 4.80$ ) และการเจตนาทำให้เจ็บป่วย หรือฆ่าตัวตายเป็นบาป ( $\bar{x} = 4.75$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับปานกลาง คือการรักษาด้วยวิธีที่

ถูกต้อง ( $\bar{x}=3.39$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่ำสุด ได้แก่ การเจ็บป่วยที่ไม่สามารถยืนหรือนั่งได้อาจตเว้นการละหมาดได้ ( $\bar{x}=1.35$ )

## 2) การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ	4.36	0.51	สูง
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.36	0.52	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.27	0.49	สูง
ด้านอารมณ์	4.22	0.53	สูง
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	4.20	0.69	สูง
<b>โดยรวม</b>	<b>4.27</b>	<b>0.46</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุมุสลิมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.27$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ ด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.36$ ) รองลงมา คือ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ( $\bar{x}=4.36$ ,  $\bar{x}=4.22$  ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด คือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.20$ ) ด้วย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ  
มุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ

การสนับสนุนทางสังคม ด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ความสะดวกในการใช้บริการตรวจรักษาจากสถานบริการ ด้านสุขภาพ	4.41	0.51	สูง
2. การไปทำธุระนอกบ้านโดยผู้อื่นพาไป	4.40	0.63	สูง
3. การได้รับการจัดหาอาหารและสิ่งของเครื่องใช้ให้	4.36	0.62	สูง
4. การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินและค่าใช้จ่าย	4.28	0.68	สูง
โดยรวม	4.36	0.51	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.36$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์สูงสุด ได้แก่ ความสะดวกในการใช้บริการตรวจรักษาจากสถานบริการด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.41$ ) รองลงมา คือ การไปทำธุระนอกบ้านโดยผู้อื่นพาไป มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.40$ ) และการได้รับการจัดหาอาหารและสิ่งของเครื่องใช้ให้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.36$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ ต่ำสุด ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินและค่าใช้จ่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.28$ )

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การยิ้มให้หรือทักทายจากบุคคลรอบข้าง	4.51	0.50	สูงมาก
2. การติดต่อและเยี่ยมเยียนบุคคลอื่น	4.39	0.65	สูง
3. การดูแลบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง	4.30	0.64	สูง
4. การร่วมงานประเพณีในหมู่บ้าน	4.25	0.69	สูง
โดยรวม	4.36	0.52	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.36$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสูงสุด ได้แก่ การยิ้มให้หรือทักทายจากบุคคลรอบข้าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.51$ ) รองลงมา คือ การติดต่อและเยี่ยมเยียนบุคคลอื่น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.39$ ) และการดูแลบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.30$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ต่ำสุด ได้แก่ การร่วมงานประเพณีในหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.25$ ) เช่นกัน



ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ  
มุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านข้อมูลข่าวสาร

การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจาก บุคลากรสุขภาพ	4.37	0.51	สูง
2. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพและแหล่ง ประโยชน์อื่นๆ	4.28	0.51	สูง
3. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรค	4.25	0.57	สูง
4. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ	4.22	0.57	สูง
5. การได้รับและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ	4.22	0.60	สูง
<b>โดยรวม</b>	<b>4.27</b>	<b>0.49</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล  
ข่าวสาร โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.27$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการ  
สนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสูงสุด ได้แก่ การซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความ  
เจ็บป่วยจากบุคลากรสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.37$ ) รองลงมา คือ การได้รับ  
คำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่นๆมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง  
( $\bar{x}=4.28$ ) และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.25$ )  
สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารต่ำสุด ได้แก่ การได้รับและ  
แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.22$ )

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ  
มุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านอารมณ์

การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ความรู้สึกได้รับความรัก ความห่วงใย จากบุคคลใกล้ชิด	4.45	0.53	สูง
2. การได้รับความห่วงใยและซักถามเมื่อไปธุระนอกบ้าน	4.44	0.54	สูง
3. การไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว	4.43	0.61	สูง
4. การได้รับคำปลอบโยน และกำลังใจ	4.38	0.61	สูง
5. การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วยความเต็มใจ	4.33	0.59	สูง
6. การได้รับคำปลอบโยน และกำลังใจ	4.27	0.75	สูง
7. การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	4.25	0.76	สูง
8. การได้รับการปฏิบัติ และให้ความสำคัญจากบุคคลใกล้ชิด ในวันสำคัญที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์	3.17	1.31	ปานกลาง
โดยรวม	4.22	0.53	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.22$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้สึกได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด ( $\bar{x}=4.45$ ) รองลงมา คือ การได้รับความห่วงใยและซักถามเมื่อไปธุระนอกบ้าน ( $\bar{x}=4.44$ ) และการไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ( $\bar{x}=4.43$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การได้รับการปฏิบัติ และให้ความสำคัญจากบุคคลใกล้ชิดในวันสำคัญที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์ ( $\bar{x}=3.17$ ) การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่างๆ ( $\bar{x}=4.25$ ) และการได้รับคำปลอบโยนและกำลังใจ ( $\bar{x}=4.27$ )

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ  
มุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า

การสนับสนุนทางสังคม ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การได้รับการยกย่องและเคารพนับถือ	4.37	0.67	สูง
2. การได้เป็นที่ปรึกษาแนะนำ	4.22	0.76	สูง
3. การได้รับการยอมรับและเห็นด้วยกับความคิดเห็น	4.11	0.80	สูง
4. การเป็นที่พึ่งของผู้อื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ	4.10	0.84	สูง
โดยรวม	4.20	0.69	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.20$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมการยอมรับและเห็นคุณค่าสูงสุด ได้แก่ การได้รับการยกย่องและเคารพนับถือมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.37$ ) รองลงมา คือ การได้เป็นที่ปรึกษาแนะนำ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.22$ ) และการได้รับการยอมรับและเห็นด้วยกับความคิดเห็น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.11$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ ต่ำสุด ได้แก่ การเป็นที่พึ่งของผู้อื่นเมื่อต้องการความช่วยเหลือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.10$ )

### 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
มุสลิมภาคใต้ตอนบน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านโภชนาการ	3.59	0.41	ดีมาก
2. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.59	0.44	ดีมาก
3. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.44	0.49	ดีมาก
4. ด้านกิจกรรมทางกาย	3.38	0.49	ดี
5. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.35	0.59	ดี
6. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.23	0.58	ดี
<b>โดยรวม</b>	<b>3.43</b>	<b>0.38</b>	<b>ดี</b>

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.43$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.59$ ) รองลงมา คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.59$ ) และ ด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.44$ ) สำหรับด้านที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.23$ ) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.35$ ) และ ด้านกิจกรรมทางกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.38$ )

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านโภชนาการ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	3.80	0.44	ดีมาก
2. การปรุงอาหารรับประทานโดยวิธี นึ่ง ต้ม	3.68	0.58	ดีมาก
3. การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ครบ 5 หมู่	3.63	0.59	ดีมาก
4. การไม่สูบบุหรี่	3.58	0.76	ดีมาก
5. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด	3.42	0.79	ดีมาก
6. การหลีกเลี่ยงน้ำชา กาแฟ	3.40	0.82	ดี
โดยรวม	3.59	0.41	ดีมาก

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.59$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการสูงสุด ได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.80$ ) รองลงมา คือ การปรุงอาหารรับประทานโดยวิธี นึ่ง ต้ม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.68$ ) และการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ครบ 5 หมู่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.63$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายต่ำสุด ได้แก่ การหลีกเลี่ยงน้ำชา กาแฟ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.40$ )



ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การยึดมั่นและปฏิบัติในหลักคำสอนของศาสนา	3.70	0.48	ดีมาก
2. การใช้สติในการพิจารณาเหตุการณ์หรือแก้ปัญหา	3.57	0.50	ดีมาก
3. การเตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิตและการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต	3.56	0.51	ดีมาก
4. การแสวงหาและปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสงบสุข	3.56	0.53	ดีมาก
5. การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายของชีวิต	3.55	0.51	ดีมาก
6. การยอมรับกับสภาพปัจจุบัน	3.55	0.54	ดีมาก
<b>โดยรวม</b>	<b>3.59</b>	<b>0.44</b>	<b>ดีมาก</b>

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.59$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การยึดมั่นและปฏิบัติในหลักคำสอนของศาสนา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.70$ ) รองลงมา คือ การใช้สติในการพิจารณาเหตุการณ์หรือแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.57$ ) และ การเตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิตและการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.56$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การยอมรับกับสภาพปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.55$ ) การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายของชีวิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.55$ ) และการแสวงหาและปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสงบสุข มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.56$ )

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การละหมาดวันละ 5 เวลา	3.63	0.50	ดีมาก
2. การทำจิตใจให้สบาย ๆ ไม่หงุดหงิดง่าย	3.56	0.73	ดีมาก
3. การพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก	3.51	0.59	ดีมาก
4. การบอกกับตัวเองว่า ปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข	3.43	0.62	ดีมาก
5. การหลีกเลี่ยงการทะเลาะ หรือมีปากเสียงกับบุคคลอื่น	3.43	0.69	ดีมาก
6. การไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้	3.42	0.61	ดีมาก
7. การคิดหาสาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหา	3.38	0.67	ดี
8. การหายใจเข้า ออกช้า ๆ ลึก ๆ เมื่อมีความเครียด	3.34	0.71	ดี
<b>โดยรวม</b>	<b>3.44</b>	<b>0.49</b>	<b>ดีมาก</b>

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.44$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การละหมาดวันละ 5 เวลา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.63$ ) รองลงมา คือ การทำจิตใจให้สบาย ๆ ไม่หงุดหงิดง่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.56$ ) และ การพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.51$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การหายใจเข้า ออกช้า ๆ ลึก ๆ เมื่อมีความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.34$ ) การคิดหาสาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.38$ ) และ การไม่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.42$ )

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านกิจกรรมทางกาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์	3.55	0.57	ดีมาก
2. การเริ่มออกกำลังกายโดยออกแรงเบา ๆ แล้วค่อย เพิ่มความแรง	3.47	0.67	ดีมาก
3. การสิ้นสุดการออกกำลังกาย โดยลดแรงลงทีละ น้อย ไม่หยุดออกแรงทันที	3.31	0.67	ดี
4. การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ พลอง ปั่นจักรยาน หรือฝึกกาย บริหารครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป	3.18	0.66	ดี
โดยรวม	3.38	0.49	ดี

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน  
กิจกรรมทางกาย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.38$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่  
ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายสูงสุด ได้แก่ การออกกำลังกาย 3  
ครั้ง/สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.55$ ) รองลงมา คือ การเริ่มออกกำลังกายโดยออก  
แรงเบา ๆ แล้วค่อยเพิ่มความแรง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.47$ ) และการสิ้นสุดการออก  
กำลังกาย โดยลดแรงลงทีละน้อย ไม่หยุดออกแรงทันที มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.31$ ) สำหรับ  
ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายต่ำสุด ได้แก่ การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ  
พลอง ปั่นจักรยาน หรือฝึกกายบริหาร ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.18$ )

ตารางที่16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การให้ความรักและความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว	3.51	0.56	ดีมาก
2. การพูดคุยปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ	3.46	0.66	ดีมาก
3. การร่วมกิจกรรมทางศาสนา	3.44	0.73	ดีมาก
4. การบอกกล่าวขอความช่วยเหลือกับบุคคลที่ไว้ใจ	3.37	0.66	ดี
5. การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น	3.34	0.69	ดี
6. การพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น	3.27	0.72	ดี
7. การร่วมกิจกรรมชมรมต่าง ๆ ในสังคม	3.10	0.90	ดี
โดยรวม	3.35	0.59	ดี

จากตารางที่16 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.35$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การให้ความรักและความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.51$ ) รองลงมา คือ การพูดคุยปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.46$ ) และ การร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.44$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การร่วมกิจกรรมชมรมต่าง ๆ ในสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.10$ ) การพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.27$ ) และการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.34$ )

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	3.72	0.51	ดีมาก
2. การไม่ปล่อยให้ให้อาการของโรครุนแรง	3.65	0.54	ดีมาก
3. การตรวจรักษาตามแพทย์นัด	3.38	0.83	ดี
4. การสอบถามเกี่ยวกับระบบการให้บริการเมื่อเจ็บป่วย	3.22	0.77	ดี
5. การสอบถามเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย	3.21	0.77	ดี
6. การติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	3.02	0.80	ดี
7. การตรวจร่างกายประจำปี	2.45	0.95	ปานกลาง
<b>โดยรวม</b>	<b>3.23</b>	<b>0.58</b>	<b>ดี</b>

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.23$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.72$ ) รองลงมา คือ การไม่ปล่อยให้ให้อาการของโรครุนแรง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.65$ ) และ การตรวจรักษาตามแพทย์นัด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.38$ ) สำหรับข้อที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.45$ ) การติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.02$ ) และการสอบถามเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.21$ )

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (ตารางที่ 18-20)

ตารางที่18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	(r)	ระดับ
1. อายุ	.101	ต่ำ
2. ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	.493*	ปานกลาง
3. การสนับสนุนทางสังคม	.870*	สูง

\* $p < .05$

จากตารางที่ 18 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ( $r = .870$ ) และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ( $r = .493$ )

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ.05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์การถ่วงระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ						C	$\chi^2$	p-value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>									
ชาย	58	46.4	6	4.8	0	0			
หญิง	43	34.4	18	14.4	0	0			
<b>รวม</b>	<b>101</b>	<b>80.8</b>	<b>24</b>	<b>19.2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>.248</b>	<b>8.160</b>	<b>.004</b>
<b>สถานภาพสมรส</b>									
โสด	1	0.8	0	0	0	0			
คู่	68	54.4	13	10.4	0	0			
หม้าย	31	24.5	10	8.0	0	0			
หย่า/แยกกันอยู่	1	0.8	1	0.8	0	0			
<b>รวม</b>	<b>101</b>	<b>80.8</b>	<b>24</b>	<b>19.2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>.145</b>	<b>2.691</b>	<b>.442</b>
<b>ระดับการศึกษา</b>									
ไม่ได้รับการศึกษา	35	28.0	10	8.0	0	0			
ประถมศึกษา	63	50.4	14	11.2	0	0			
สูงกว่าประถมศึกษา	3	2.4	0	0	0	0			
<b>รวม</b>	<b>101</b>	<b>80.8</b>	<b>24</b>	<b>19.2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>.090</b>	<b>1.029</b>	<b>.794</b>
<b>รายได้</b>									
≤ 2,000 บาท	39	31.2	8	6.4	0	0			
2,001-4,000 บาท	32	25.6	11	8.8	0	0			
≥ 4,001 บาทขึ้นไป	30	24.0	5	4.0	0	0			
<b>รวม</b>	<b>101</b>	<b>80.8</b>	<b>24</b>	<b>19.2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>.120</b>	<b>1.817</b>	<b>.403</b>

จากตารางที่ 19 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ในระดับต่ำ (C=0.248) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
2. ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบน คือ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี พังงา ภูเก็ต กระบี่ และนครศรีธรรมราช

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบนและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Thorndike ได้กลุ่มตัวอย่าง 130 คน ทำการสุ่มกลุ่ม

ตัวอย่างผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบน โดยวิธีการสุ่ม มีขั้นตอนคือ ทำการสุ่มจังหวัดเพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษา โดยการจับฉลากจังหวัดขึ้นมา 3 จังหวัด ในเขตภาคใต้ตอนบน ได้แก่ สุราษฎร์ธานี กระบี่ และ นครศรีธรรมราช ทำการสุ่มอำเภอ ในแต่ละจังหวัดมา 2 อำเภอ หลังจากนั้นสุ่มโดยการจับฉลากตำบลในแต่ละ อำเภอมา 1 ตำบล และสุ่มเลือกชมรมผู้สูงอายุมา 1 ชมรมจากแต่ละตำบล ประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานีอนามัยของกลุ่มตัวอย่างสุ่มที่ได้เพื่อขอทราบจำนวนผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรม เพื่อให้ประสานงานกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นมุสลิม และ ทำการสุ่มโดยการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุมุสลิมจากชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ ตามสัดส่วนของจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตรงตามที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 25 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน 38 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 คน และหาค่าความเที่ยง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI=0.92, 0.78 และ 0.62 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำไปหาค่าความสอดคล้องสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถาม โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.89, 0.85 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในแต่ละชมรมผู้สูงอายุ 6 ชมรมใน 3 จังหวัด ได้แก่ สุราษฎร์ธานี กระบี่ และนครศรีธรรมราช กำหนดระยะเวลาการเก็บแบบสอบถาม 1 เดือน โดยให้ผู้ช่วยวิจัยส่งแบบสอบถามมาทางไปรษณีย์และสัมภาษณ์เอง เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4



เดือน กันยายน พ.ศ. 2551 จนถึง 30 ตุลาคม 2551 ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล 130 ฉบับ ใช้แบบสอบถามทั้งหมด 150 ฉบับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) โดยวิเคราะห์ค่าโดยรวม รายด้าน รายข้อ และประเมินระดับจากค่าเฉลี่ย

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถัวจร (Contingency Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน มีอายุระหว่าง 60-89 ปี มีอายุเฉลี่ย 69.62 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี และมีอายุสูงสุด 89 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.77 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 และอายุระหว่าง 80-89 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 64.61 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 33.08 สถานภาพสมรสหย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 สถานภาพสมรสโสด จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.77 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 62.31 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 1.54 ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77 และไม่ได้รับการศึกษา

จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 35.38 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมาคือ รายได้ 2,001-4,000 บาท จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 33.85 รายได้ 4,001-6,000 บาท จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 20.77 รายได้ 6,001-8,000 บาท จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.84 รายได้มากกว่า 10,001 บาท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.31 และ รายได้ 8,001-10,000 บาท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77

2. ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.09$ )

3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุมุสลิมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.27$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด คือ ด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.36$ ) รองลงมา คือ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ( $\bar{x} = 4.36$ ) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด คือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 4.20$ ) ด้วย

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.43$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.59$ ) รองลงมา คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.59$ ) และ ด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.44$ ) สำหรับด้านที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.23$ ) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.35$ ) และด้านกิจกรรมทางกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.38$ )

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ภาคใต้ตอนบน แต่เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

5.2. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r=.493$ ) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

5.3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r=.870$ ) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

### 1. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

#### 1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.43$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.59$ ,  $\bar{x}=3.59$  และ  $\bar{x}=3.44$  ตามลำดับ) สำหรับด้านที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านกิจกรรมทางกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.23$ ,  $\bar{x}=3.35$  และ  $\bar{x}=3.38$  ตามลำดับ)เช่นกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข (Pender, 2002) สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความจำเป็นใน

ประชากรสูงอายุ เนื่องจากมีลักษณะเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ กระบวนการชราที่ทำให้พลังงานสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคและทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาสุขภาพหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน เกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมให้มีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender และคณะ (2006) ที่ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ก็จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวถึงนี้เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้านทั้ง 6 ด้าน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

#### 1.1.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.23$ ) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง มีการตรวจร่างกายสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมถึงการได้รับการบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพ และมีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองจากสื่อต่าง ๆ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ และคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่รับประทานยาตรงตามแพทย์สั่ง ไม่ปล่อยให้อาการของโรครุนแรง และการตรวจรักษาตามแพทย์นัด ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิมร้อยละ 32.31 มีโรคประจำตัวจึงเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดเพื่อให้ตนเองหายจากโรค และป้องกันอันตรายที่จะเกิดต่อสุขภาพ (Pender และคณะ, 2006) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจะมีความรู้ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล การป้องกันโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการใช้ระบบบริการสุขภาพ ต่าง ๆ เหล่านี้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน พรมแก้วงาม (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี มีการดูแล



สุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ แสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองจากบุคคลในครอบครัว และจากคนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร มีการรับประทานยาตรงตามแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ อินคัม (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีเช่นกัน

### 1.1.2 กิจกรรมทางกาย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.38$ ) ทั้งนี้กิจกรรมทางกายเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีการปฏิบัติเพื่อก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การเพิ่ม และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย โดยเลือกชนิดของการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพและความสามารถของผู้สูงอายุที่จะทนได้ (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2544) จากผลการศึกษาคั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรม ทำงานทั่วไปเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งเป็นการออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวัน และการออกแรงในการประกอบอาชีพเป็นเพียงมิติหนึ่งของการออกกำลังกายเท่านั้น (Pender และคณะ, 2006) นอกจากนี้การรวมตัวกันในชมรมผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายที่ถูกวิธีร่วมกันในสถานที่ที่จัดตั้งชมรม หรือที่จัดกิจกรรมและมีการให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัยรวมทั้งการออกกำลังกายด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2535) ดังนั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ อินคัม (2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคปวดหลังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของบุญพา ณ นคร (2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแล้วรู้สึกทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งกายและใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่ดีอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดี เช่นกัน สอดคล้องกับบรรลุ ศิริพานิช (2546) ที่พบว่า กำลังกายที่ถูกต้องและทำสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาวอย่างเป็นสุข ชะลอความชราลงได้ เช่น ต้องมีการอบอุ่นร่างกายด้วยการออกกำลังกายช้า ๆ ไม่หักโหมจนเกินไป และมีระยะผ่อนคลายหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง โดยมีขั้นตอนการออกกำลังกายประกอบด้วย การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลาย การควบคุมการหายใจขณะทำกิจกรรม การเพิ่มการเคลื่อนไหวของการทรวงอกและลำตัว และการเพิ่มความ



ทนทานของกล้ามเนื้อ ทำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การรำมวยจีน การเล่นโยคะ สำหรับในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรมีการบริหารร่างกายไปด้วย เช่น การเดินในระยะใกล้ ๆ การบริหารกล้ามเนื้อหูรูดโดยการขมิบก้น เป็นต้น

### 1.1.3 ด้านโภชนาการ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.59$ ) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเป็นรูปแบบการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนทั้งปริมาณและคุณค่าที่จะได้รับ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนจะมีพฤติกรรมการบริโภคตามวัฒนธรรมอิสลาม โดยเลือกอาหารที่ดีมีคุณค่าสูง เน้นเรื่องการทำความสะดวกอาหาร การทำความสะอาดก่อนการบริโภคและเตรียมอาหาร ห้ามบริโภคสิ่งที่ไม่สะอาดสดสัมผัสปัญญะ ทำให้ระบบประสาทเสื่อม อันตรายแก่ร่างกาย ห้ามบริโภคซากสัตว์ เนื้อสุกร (สาเหอะฮับดุลเลาะห์ อัลยุฟรี และคณะ, 2532) อีกทั้งการรวมกลุ่มของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุยังทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ลลนา ฮันตระกูล และ รสสุคนธ์ แสงมณี (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีเช่นกัน

### 1.1.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=3.35$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลแสดงออกถึงความสามารถของตนเองในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ ทางสังคม และช่วยให้ตนเองเกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป (Pender และคณะ, 2006) สิ่งเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความพร้อม มีความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่อไป ซึ่งในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จึงทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2544) ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบุตรหลาน (ภาวิดา พรหมขุนทอง, 2549) ซึ่งถือเป็นแหล่งสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา ส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ อีกทั้งลักษณะสังคมของชาวภาคใต้จะมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ภายในหมู่บ้านรู้จักกันหมด มี

การช่วยเหลือดูแลกันและกันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนได้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารและช่วยให้การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ สำเร็จลงได้ ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนจึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) และปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล (2544) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวจะมีการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่นในสังคมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) และเยาวลักษณ์ จิตตะโคตร และนันทพันธ์ ชื่นล้ำประเสริฐ (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกลุ่มกันทำกิจกรรมซึ่งมีความใกล้ชิดสนิทสนมคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุที่ยังมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้ จะเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น มีผลให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าชีวิตตนเอง และมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกันที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

#### 1.1.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=3.59$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมุสลิมมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ได้แก่ การระลึกถึงอัลลอฮ์ การเสียสละเพื่ออัลลอฮ์เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความอดทนสามารถเผชิญความยากลำบาก การทดสอบ อุบัติเหตุและความเจ็บไข้ได้ป่วย ไม่อยู่ในสภาพสิ้นหวังและคิดฆ่าตัวตาย ศรัทธาในกฎของสภากาอ์มที่พระผู้เป็นเจ้ากำหนดไว้ที่เกิดขึ้นทั้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และเป็นไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลที่เกิดจากสติปัญญาของมนุษย์ที่อัลลอฮ์ประทานมา (สาเหอะฮับดุลเลาะห์ อัลญุฟรี่ และคณะ, 2532) และผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากและมีวุฒิภาวะสูงทำให้มีการคิดอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจธรรมชาติของชีวิต และจิตวิญญาณยังมีส่วนสัมพันธ์กับศาสนาและการปฏิบัติตามหลักคำสอนศาสนา ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ทั้งในด้านคุณภาพการดำเนินชีวิต และจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต รวมทั้ง ต้องการมีความสัมพันธ์กับสิ่งทีนอกเหนือธรรมชาติ เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย (Johnson,S.B., 1997: 160) จึงทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่าจากบุคคลในครอบครัวและชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง กล่าวที่จะคิดตัดสินใจในเรื่องราวต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

### 1.1.6 การจัดการกับความเครียด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.44$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีการผ่อนคลายความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ โดยตระหนักถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาลดภาวะเครียด และรู้จักวิธีจัดการกับความเครียดนั้น กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมุสลิมปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดได้แก่ การละหมาดวันละ 5 เวลา เป็นต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการละหมาดวันละ 5 เวลา ทำจิตใจให้สงบไม่โมโหง่าย มีการพูดคุยระบายความรู้สึก คิดว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข พยายามหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือมีปากเสียงกับบุคคลอื่น มองโลกในแง่ดี แสดงถึงการมีสมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่จะช่วยในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น (Pender และคณะ, 2006) จึงทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่มองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข พยายามหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือมีปากเสียงกับบุคคลอื่น พยายามทำจิตใจให้สบายไม่โมโหหงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ทองพิลา (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุมีการพูดคุยปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนกันทำให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน จึงช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดจากปัญหาทางสุขภาพได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของทศพร ศรีบริวิจิ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจ และสามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วได้ดีขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ

### 1.2 ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .39 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมุสลิมเชื่อว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม คือ ผู้ที่นอบน้อมต่อมตน ต่อพระผู้เป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียวอย่างสิ้นเชิง ซึ่งจะมีความหมายครอบคลุมพฤติกรรมของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย มีวัฒนธรรมอิสลามเป็นแนวทางที่ต้องปฏิบัติในการดำเนินชีวิต และกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ ของมุสลิมที่ปรากฏในคัมภีร์อันกุรอานและซุนนะฮ์ โดยมีโครงสร้างที่สำคัญ คือ หลักศรัทธา และ หลักปฏิบัติ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535) ความเชื่อทางศาสนาส่วนใหญ่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้สูงอายุ

มุสลิมจะรีบไปปรับการรักษาตามสถานบริการสาธารณสุข และเมื่อรู้สึกเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะใช้วิธีละหมาด เพราะผู้สูงอายุมุสลิมเชื่อว่า การละหมาดจะช่วยให้จิตใจสงบ แต่จะมีผู้สูงอายุมุสลิมส่วนน้อยที่เคร่งครัดในหลักศาสนาและเชื่อว่า การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบอย่างหนึ่งจากพระเจ้า มีผลให้เคร่งครัดในหลักปฏิบัติมากขึ้น เช่นแม่จะเจ็บป่วยจนไม่สามารถลุกขึ้นได้ก็จะต้องนอนละหมาดเพราะถ้าไม่ละหมาดถือว่าไม่เคารพพระเจ้า จึงทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีสอดคล้องกับการศึกษาของเตอนจิตร ภัคดีพรหม (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมมีความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนาอยู่ในระดับสูงและสอดคล้องกับการศึกษาของสาดี เอลิมวอร์ดพงษ์ (2530) ที่พบว่า ชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

### 1.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x}=4.27$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่า ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวที่ประกอบด้วย คู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ และญาติพี่น้อง เป็นผู้ที่คอยให้การสนับสนุนทั้งทางด้านความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือทั้งทางด้านเงิน สิ่งของ และการบริการในด้านต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม และสภาพของสังคมไทยจะให้ความเคารพยกย่องและให้เกียรติผู้ที่อาวุโสกว่า เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ที่อาวุโสน้อยกว่า ทำให้เป็นที่ยอมรับและเห็นคุณค่า จากสังคม เพื่อนบ้าน และชุมชน นำมาซึ่งความภาคภูมิใจของตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Pender และคณะ, 2006) นอกจากนี้ผู้สูงอายุมุสลิมจะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาทุกวันศุกร์เป็นประจำ ทำให้มีพูดคุยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง กับเพื่อนวัยเดียวกันที่มีความเลื่อมทางร่างกายและประสบปัญหาต่าง ๆ ที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน ทำให้มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา กุมารจันทร์ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับความรัก ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความอบอุ่น และไม่ถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน เป็นการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้สูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี และผู้สูงอายุยังมีการออกไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านโดยเฉพาะกลุ่ม



ผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้วยกัน ร่วมกับในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ข่าวสารทางด้านการดูแลสุขภาพได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

### 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

#### 2.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

จากผลการศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันจึงปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายและสติปัญญาลดลงตามวัย มีโรคประจำตัว ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสนใจดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง พึ่งพาบุคคลอื่นน้อยลง จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอินทราพร พรหมปรากฏ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับอนันต์ ลู่เกียง (2543) และสุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

#### 2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

จากผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน ( $C=.248$ ) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน สามารถอธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) จึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรม



ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง และการศึกษาของอินทราพร พรหมปรากฏ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจาก เพศหญิงมีกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น

### 2.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

จากผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.61 จะมีคู่สมรสคอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี แต่ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด / หม้าย/หย่า/แยก ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานหรือญาติพี่น้อง ทำให้ยังได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว (ศิริมา ลีละวงศ์, 2541) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรากฏ (2541) และจุฑามาศ คำแพรวดี (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของไพจิตรา ล้อสกุลทอง (2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ที่พบว่าผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจที่มีคู่สมรสจะเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองดีขึ้น

### 2.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านสื่อต่าง ๆ หรือกลุ่มผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา จันทศิริ (2549) และ ทศพร

ศรีบริก (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

### 2.1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ในช่วงที่ใกล้เคียงกันทำให้มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (Pender และคณะ 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) สุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) และ อนันต์ ลู่เกียง (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อันเนื่องมาจากปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าและจัดสวัสดิการต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และบริการต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกัน รายได้จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 2.1.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบนในระดับปานกลาง ( $r=.493$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า วัฒนธรรมอิสลามเป็นปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยหนึ่ง ที่นำมาซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender และคณะ, 2006) โดยผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หมายถึง ผู้ที่นอบน้อมต่อมตน ต่อพระเจ้าเป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียวอย่างสิ้นเชิง ซึ่งจะมีความหมายครอบคลุมพฤติกรรมของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย มีวัฒนธรรมอิสลามเป็นแนวทางที่ต้องปฏิบัติในการดำเนินชีวิต และกำหนดพฤติกรรมต่างๆ ของมุสลิมที่ปรากฏในคัมภีร์อันกุรอานและซุนนะหฺ โดยมีโครงสร้างที่สำคัญ คือ หลักศรัทธา 6 ประการ และ หลักปฏิบัติ 5 ประการ (จารูณี จันทร์ลอยนภา, พรอนงค์ ภาพชนะ และ เอื้อมพร วงศ์จันทร์, 2549; มานี ชูไทยและคณะ, 2542; เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535) และนอกจากนี้ อิสลามยังให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาสุขภาพอนามัย เห็นได้จากหะดิษของท่านรอซูลุลลอฮฺ ความว่า “มุสลิมที่แข็งแรงนั้นดีกว่าและเป็นที่ยรักของอัลลอฮฺมากกว่ามุสลิมที่อ่อนแอ “แข็งแรง” หมายถึง ความเข้มแข็งทั้งกายและใจตลอดจนความแข็งแรงในด้านอื่น ๆ จากหะดิษตอนนี้ชี้ให้เห็นว่าอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องของความแข็งแรงและการมีสุขภาพดีของ

มนุษย์ อิสลามไม่ส่งเสริมให้ชาวมุสลิมมีความอ่อนแอ (สาเหอะอับลเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ, 2532) และจากการศึกษาผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนมีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบนในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสาดี เฉลิมวรรณพงษ์ (2530) ที่พบว่าผู้ป่วยมุสลิมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความเชื่อทางศาสนาอยู่ในระดับสูง และความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนี้ส่วนใหญ่มีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเตื่อนจิตร ภัคดีพรหม (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 110 คน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองจอก ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตหนองจอก ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอยู่ในระดับดี การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในการปฏิบัติตามหลักศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิม

## 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r=.870$ ) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา เนื่องจาก ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.61) มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งทั้งคู่สมรสและบุตรหลานจะคอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า บุคคลในครอบครัวประกอบด้วย คู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ และญาติพี่น้อง เป็นผู้ที่คอยให้การช่วยเหลือทางด้านการเงิน สิ่งของ และการให้บริการต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของชลธิชา จันทศิริ (2549) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมที่สวนลุมพินีมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง มีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำจึงทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลตนเองซึ่งมีผลทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนหารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยนำปัจจัยด้านความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูง ( $r=0.870$ ) เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อให้ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น

2. ควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีอยู่แล้วเพื่อให้คงอยู่และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลด้านความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. เป็นแนวทางด้านการศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำกับกลุ่มผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นภาพรวมกลุ่มใหญ่ที่ไม่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มนี้อาจมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างไป

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมระหว่างภาคใต้ตอนบนกับภาคใต้ตอนล่าง หรือภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกวรรณ จันทร์แดง. 2541. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา เกษกาญจน์. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2548. **ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยการบริการกองทุน การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดหาผลประโยชน์ และการจัดกองทุนผู้สูงอายุ พ.ศ.2546**. ใน **รวมกฎหมาย/ ประกาศ/ ระเบียบ ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546**, หน้า 41. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนา.
- ขวัญใจ ดันตวิวัฒน์เสถียร. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุณี จันทร์ลอยนภา, พรอนงค์ ภาพชนะ และเอื้อมพร วงศ์จันทร์. 2549. **มุสลิมก็มีหัวใจ**. กรุงเทพมหานคร : มิตรสัมพันธ์กราฟฟิค.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2548. **เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง1**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- จิราภรณ์ ullanuwatn. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลธิชา จันทร์ศรี. 2549. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- ทศพร คำผลศิริและคณะ. 2542. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้สูงอายุ ของโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานผลการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทศพร ศรีบริกิจ. 2548. การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. ภาคนิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. (พัฒนาสังคม) คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ทัศนาศ นุญทอง และคณะ. 2542. ทิศทางการปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาล.
- ณัฐพงศ์ อนุวัตรรยรง. 2540. การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมในจังหวัดภาคใต้ตอนบน วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดลนภา สร้างไธสง. 2549. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนจิตร ภักดีพรหม. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ. 2543. ปัญหาครอบครัว กายและใจผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 3: มุ่งสู่การดูแลที่มีคุณภาพ. โรงแรมตะวันนารามาตา กรุงเทพมหานคร. หน้า 1-9.
- นภาพร ชโยวรรณ. 2548. กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย. วารสารประชากรศาสตร์. 21: 1-2.
- นิรมล อินทฤทธิ์. 2547. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. 2543. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บรรลุ ศิริพานิช. 2546. **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- บุญใจ ศรีสถิตนราภุร. 2547. **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร. 2545. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. 2543. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี:  
สำนักงานระบบปฏิรูประบบสุขภาพ.
- ประเสริฐ ชัสสันตชัย. 2548. **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา**.  
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล. 2544. **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจ  
ของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาลีรัตน์ พรทวีกันหา. 2541. **แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัด  
ลำปาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี ทองพิลา. 2542. **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ  
โรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะภรณ์ ศิริภานุมาศ. 2546. **ปัญหาและแนวทางในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในการ  
ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต.  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพจิตรรา ล้อสกุลทอง. 2545. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ภาวิตา พรหมขุนทอง. 2549. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมืองภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. 2006. แนวคิดใหม่เกี่ยวกับ"สุขภาพ"และ"การสร้างเสริมสุขภาพ". *Chula Med Journal* (พฤษภาคม): 290-300.
- มหาดไทย, กระทรวง. กรมการปกครอง. 2546. สำนักทะเบียนกลาง ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร. (Online) แหล่งที่มา: [http://www.dopa.go.th/stat/y\\_stat49.html](http://www.dopa.go.th/stat/y_stat49.html) [2550, มีนาคม, 20]
- มหาดไทย, กระทรวง. 2546. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568**. สำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต.
- มานี ชูไทย และคณะ. 2542. **หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ และการสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ.
- ยาเสพติดในทัศนะอิสลาม. 2519. **วารสารสายสัมพันธ์**, (กันยายน 2519); 26-32.
- เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร และนันทพันธ์ ชื่นล้ำประเสริฐ. 2546. ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. **วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 4(4): 2-10.
- รุ่งทิพย์ แบ่งใจ. 2542. **การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลดนา อ้นตระกูล และ รสสุคนธ์ แสงมณี. 2540. **แบบแผนการดำเนินชีวิตและโรคเรื้อรังประจำตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนราธิวาส**. *วารสารวิชาการเขต* 12(8), 2540: 29-35.
- วรรณภา กุมารจันทร์. 2543. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณีย์ ชัชวาลทิพากร และคณะ. 2542. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทและกรุงเทพมหานคร. **วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 1(3): 4-13.

- วันดี แยมจันทร์ฉาย. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา เกื้อนวงษ์. 2540. **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ. 2548. **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ : การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิมในประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. 2542. **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. 2545. **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. 2539. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สดไธ ศรีสอาด. 2540. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2547. **สารประชากร** มหาวิทยาลัยมหิดล. 13(1) มกราคม.
- สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. (Online) ที่มา:  
<http://www.thaiinfonet.com/user/senior/num.htm> [2550, มีนาคม, 24]
- สัจจา ทาโต. 2549. **เอกสารคำสอน รายวิชา วิธีวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- สาลี เฉลิมวรรณพงษ์. 2530. **การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สาธารณสุข, กระทรวง. 2549. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์  
**การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3**  
**พ.ศ.2546-2547.** กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรม  
 ราชาูปถัมภ์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง. 2531. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข  
 มูลฐาน. **คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวง.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. 2547. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. **คู่มือการส่งเสริม**  
**สุขภาพผู้สูงอายุ.** นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สาเหอะอับดุลเลาะห์ อัลยุฟรี และคณะ. 2532. **การรักษาสุขภาพอนามัยตามแนวทางของ**  
**อิสลาม** ปัตตานี: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 วิทยาเขตปัตตานี.
- สุณี สุวรรณพสุ. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย**  
**แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.**  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. 2545. **ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้**  
**และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.**  
 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. 2544. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ:  
 โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ. 2543. **การดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**  
**ที่มีอายุยืนยาว ตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี.** ภาคนิพนธ์  
 หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมิตรา สิ้นศิริมานะ. 2546. **ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.**  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช กฤตยา อาชวนิจกุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. 2546. **การส่งเสริม**  
**สุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี: แนวทางการศึกษาร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ.**  
**วารสารพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** 4 (2).



- สุวิมล ตันติเวส. 2545. **ผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม. 2543. **การจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโลนาไรด้วยบอลลูน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2007. **บิสิเนสไทย: การตลาดเพื่อผู้นำธุรกิจ.** (Online). แหล่งที่มา: <http://www.businesssthai.co.th/content.php?data=411640 Strategic%20Digest> [2550, กรกฎาคม,17]
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักสถิติพยากรณ์, กลุ่มบูรณาการข้อมูลสถิติ. (2549). **ประมวลข้อมูล สถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ.2549.** กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. 2535. **วัฒนธรรมอิสลาม.** พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ทางนำ.
- อนันต์ ลูกเกียง. 2543. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลเขาใหญ่ อำเภออ่าวลึก ภาคใต้ตอนบน.** ภาคนิพนธ์หลักสูตรปริญญาามหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อามีนะห์ ดำรงผล. 2544. **สารน่ารู้เกี่ยวกับชีวิตมุสลิม.** กรุงเทพฯ: นัซฮา พับลิชชิง.
- อิมรอน มะลูลีม. 2524. **ศาสนาอิสลามเบื้องต้น.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อินทราพร พรหมปรการ. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. 2549. **การประชุมประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2549 : การเกื้อหนุนของครอบครัวต่อผู้สูงอายุไทย.** พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทจรัลสนิทวงศ์การพิมพ์จำกัด.

คูน หน้ันทวี่. (ม.ป.ป.). **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับอิสลาม**. เอกสารประกอบการบรรยาย วิชา  
ศาสนาอิสลาม ภาควิชามนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (อ้ัดสำเนา)  
คูมากรณ้ ฝ่่องจิตต์. 2544. **การพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุตามแนวคิด  
ครอบครัวเป็นพื้นฐาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณทิต (การบริหารและนโยบาย  
สวัสดิการสังคม) บัณทิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาษาอังกฤษ

- Barrera, M. 1981. **Social Support in the adjustment of Pregnant adolescent:Assesment issue In Social Network and Social Support.** (pp.69-96). London: SAGE Publication.
- Brandt,P.A., and Weinert,C. 1985. ThePRQ: A social support measure. **Nursing Research** 30 (9-10): 277-280.
- Brook, K. J., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A.L., Donald, C.A., Roger, W. H. 1979. Overview of adult health status measures fielded in Rand's health. **Medical care**, 17(7): 1-131.
- Burn,N. and Grove,S.K. 2001. **The practice of nursing research: Conduct, Critique& Utilization.** 4<sup>th</sup> ed. New York: W.B.Saunder.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38 (5) : 300-314.
- Cohen, S. and Wills,T.A. 1985. Stress, social support and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin.** 98 (September 1985):310-357.
- Dobrof, R. 1992. Social support system. In E. Calkins, F.B. Ford, & P.R. Katz (Eds.), **Practice of geriatrics** (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Ebersole, P.A., & Hess, P. 2004. **Toward healthy aging: Human needs and nursing response** (6<sup>th</sup> ed). St Louis: Mosby.
- Frankish, Lovato& Poureslami. 2006. **Model, Theories, and Principles of Health Promotion:Revisiting Their Use With Multicultural Populations.** Vancouver.
- Glanz,K Lewis, F.M. et Rimer, B.K. 1997. **Health Behavior and Health Education: Theory Reasearch and Practice.** (2<sup>nd</sup>ed). San Francisco: Jossey-Bass Publisers.
- Hafen, B. Q. 1981. **How to Live Longer.** Newjersey: Prentice - Hall.
- House, J. S. 1981. The nature of social support. In M. A. Reading (ed.). **Work stress and Social support.** Philadelphia: Addison Wesley.
- Jacobson, E. D. Type and tining of social support. **Journal of Health and Social Behavior** 27(September1986): 250-264.
- Johnson,S.B. 1997. **Psychiatric mental health nursing adaptation and growth.**

- (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott company.
- Lucekenott, A.G. 2000. **Gerontologic nursing**. (2<sup>nd</sup> ed). St.Louis: Mosby
- Maben, J. and Clark, J.M. 1995. Health Promotion: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing** 22 (6): 1158-1165.
- Murray,R.B. and Zentner,J.P. 1993. **Nursing assessment and health promotion: Strategies through the life span**. 5<sup>th</sup> ed. U.S.A.: Appleton & Lange.
- Nicholson, L. 2004. Older People, Sport and Physical Activity: A Review of Key Issues. [Online]. Available from: [www.sportscotland.org.uk](http://www.sportscotland.org.uk)
- Norbeck, J. S. 1982. The use of social support in clinical practice. **Journal Psychosocial Nursing and Mental Health Service**, 20 (12): 22-29.
- Orem D. 1991. **Nursing: concept of practice**. 4<sup>th</sup> ed. New York,Mc Graw-Hill Book Co.
- Pender, N.J. 2002. **Health promotion in nursing practice**. 4<sup>th</sup> ed. United States of America: Appleton and Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., and Parsons, M. A. 2006. **Health Promotion in Nursing Practice**. (5<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River: New Jersey.
- Phillips, W.J. 1991. Chronic illness. **Medical-surgical nursing: Health and illness Perspectives** 7<sup>th</sup> ed., pp.71-89. St. Louis: Mosby.
- Polit, D.F. and Beck,T. 2004. **Nursing research: Principles and method** 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: J.B.Lippincotte.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. 1987. **Nursing research: Principles and method** 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: J.B.Lippincotte.
- Seo, HM., Hah, Ys. 2004. A study of factors influencing on health promoting lifestyle in the elderly application of Pender'shealth promotion model. **Taehan Kanho Hakkhoe Chi** Dec 34 (7): 1288-97.
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R.S. 1981. The health related functions of social support. **Journal of behavior medicine** 4 (4): 381-405.
- Sohny, K.Y. Sohn, S., &Yeon, H.A. 2002. Health promotion behaviors of elderly Korean immigrants in The United States. **Public Health Nursing**, 19.
- Tiden, V.P., and Weinert, C. 1987. Social support and the chronically ill individual. **Nursing Clinical of North America** 22: 613-620.

Thoits, P. A. 1982. Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior** 23 (2): 145-159.

Thorndike, R.M. 1978. **Co relational procedures for research**. New York : Garder.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วินัย ดะห์ลัน ผู้เชี่ยวชาญด้านศาสนาอิสลาม  
คณบดีคณะสหเวชศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญภรณ์ มูลศิลป์ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุช ไสภจรรย์ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางสาวะดี สุดจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุข 9 ด้านส่งเสริมพัฒนา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
5. นางสาวอมิตตา จันทร์ชะอุ่ม ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ  
นักวิชาการสาธารณสุข 7  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสหเวชศาสตร์

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

เนื่องด้วย นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใน การนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ โทร. 08-6281-8047





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มูลศิลป์

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

เนื่องด้วย นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใน การนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ โทร. 08-6281-8047



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11/

วันที่ กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภการีย์

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

เนื่องด้วย นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใน การนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ โทร. 08-6281-8047



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

เนื่องด้วย นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน จำนวน 30 คน ณ ชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญทวีชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านคลองม่วง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ โทร. 08-6281-8047

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สิงหาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ muslim ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ muslim ภาคใต้ตอนบน เพศชาย จำนวน 20 คน และเพศหญิง จำนวน 20 คน ณ ชมรมผู้สูงอายุพุ่มเรียง สถานีอนามัยพุ่มเรียง และเพศชาย จำนวน 40 คน และเพศหญิง จำนวน 40 คน ณ ชมรมผู้สูงอายุท่าทองใหม่ สถานีอนามัย ท่าทองใหม่ โดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

สาธารณสุขอำเภอไชยา และสาธารณสุขอำเภอกาญจนดิษฐ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ โทร. 08-6281-8047



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สิงหาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

เนื่องด้วย นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมุสลิมภาคใต้ตอนบน เพศชาย จำนวน 30 คน และเพศหญิง จำนวน 30 คน ณ ชมรมผู้สูงอายุบ้านนาง สถานีอนามัยนาง และเพศชาย จำนวน 20 คน และเพศหญิง จำนวน 20 คน ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลอ่าวนาง สถานีอนามัยบ้านช่องพลี โดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน	สาธารณสุขอำเภอเหนือคลอง และสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกระบี่
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831
ชื่อนิสิต	นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ โทร. 08-6281-8047

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สิงหาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสุลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสุลิมภาคใต้ตอนบน เพศชาย จำนวน 15 คน และเพศหญิง จำนวน 15 คน ณ ชมรมผู้สูงอายุบ้านหัวเหมืองทะเล สถานีอนามัยบ้านนาเคียน และเพศชาย จำนวน 8 คน และเพศหญิง จำนวน 8 คน ณ ชมรมผู้สูงอายุบ้านแสงวิมาน สถานีอนามัยแสงวิมาน โดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช และสาธารณสุขอำเภอปากพนัง
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ โทร. 08-6281-8047



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศธ 0512.11 /

วันที่ สิงหาคม 2551

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิม จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของนางสาวสาตี เถลิมวรรณพงศ์ ภาควิชาพยาบาลศึกษา (2530)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

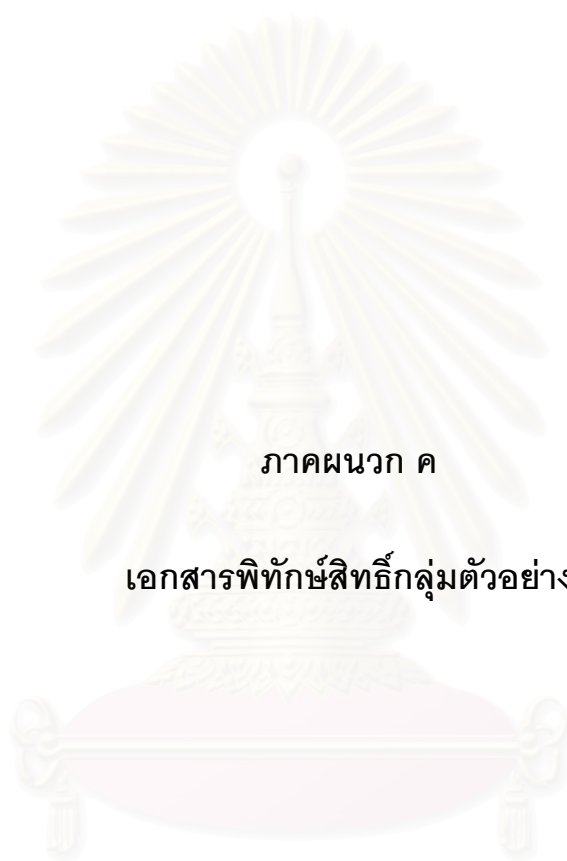
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ โทร. 08-6281-8047



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-11



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 081/2551

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 03701/51 : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
มุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้คอนบน  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักนประดิษฐ) ประธาน  
ลงนาม..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิร ชัยชนะวงศาโรจน์) กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 2 กันยายน 2551 วันหมดอายุ : 1 กันยายน 2552

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



เลขที่โครงการวิจัย ..... 03701/51  
วันที่รับรอง ..... 2 ก.ย. 2551  
วันหมดอายุ ..... 1 ก.ย. 2552

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ให้ออกสรข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย, ใบยินยอม, และเอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ เอกสารดังกล่าวรวมทั้งคณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปีก่อนใบรับรองหมดอายุ เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการแจ้งตัวกับข้อ 6



เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ฝึจริยศาสตร์ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ muslim ที่เป็นสมาชิก  
ชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

ชื่อผู้วิจัย นางสาว โสภิต ทิพย์รัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเหนือคลอง 256 หมู่ที่ 1 ตำบลเหนือคลอง  
อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ รหัสไปรษณีย์ 81130

โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 075- 636596 ต่อ 108 โทรสาร 075- 636597

โทรศัพท์มือถือ 084-0587954, 086-2818047

E-mail Address: sopit2512@hotmail.com, sopit.thiprat@gmail.com.

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้ การศึกษาฝึจริยศาสตร์ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ muslim ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ muslim ภาคใต้ตอนบน
2. เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ muslim ที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยจะแปลงเป็นตัวเลข ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่ชื่อของผู้สูงอายุ muslim
3. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องปฏิบัติ คือ การตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด ซึ่งอาจต้องใช้เวลา 30 นาที การตอบแบบสัมภาษณ์นี้ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยเล็กน้อย
4. ผู้สูงอายุ muslim มีสิทธิ์เข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ทำกรวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมโครงการจะไม่มีผลใดๆ
5. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้สูงอายุ muslim ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย
6. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุ muslim ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ
7. จำนวนของผู้สูงอายุ muslim ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบนซึ่งเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทั้งหมด 150 คน



เลขที่โครงการวิจัย 03101/51  
วันที่รับชม 2 ก.ย. 2551  
วันหมดอายุ 1 ก.ย. 2552

- 8. คุณสมบัติของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  - 8.1 เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน
  - 8.2 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
  - 8.3 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
  - 8.4 นับถือศาสนาอิสลาม

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่ .....



เลขที่โครงการวิจัย ..... ๐๖๓๐๑/๕๑  
 วันที่รับรอง ..... 2 ก. ย. 2551  
 วันหมดอายุ ..... 1 ก. ย. 2552

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสตรีที่เป็นสมาชิก  
ชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ ที่อยู่ โรงพยาบาลเหนือคลอง 256  
หมู่ที่ 1 ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ 81130 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึง  
วัตถุประสงค์ ลักษณะและขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพของผู้สูงอายุสตรีที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

ข้าพเจ้าสมัคร ใจยินดีให้สัมภาษณ์เป็นเวลา 30 นาที ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วม  
การวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
(นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์)

.....  
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
สถานที่ / วันที่

.....  
ลงนามพยาน

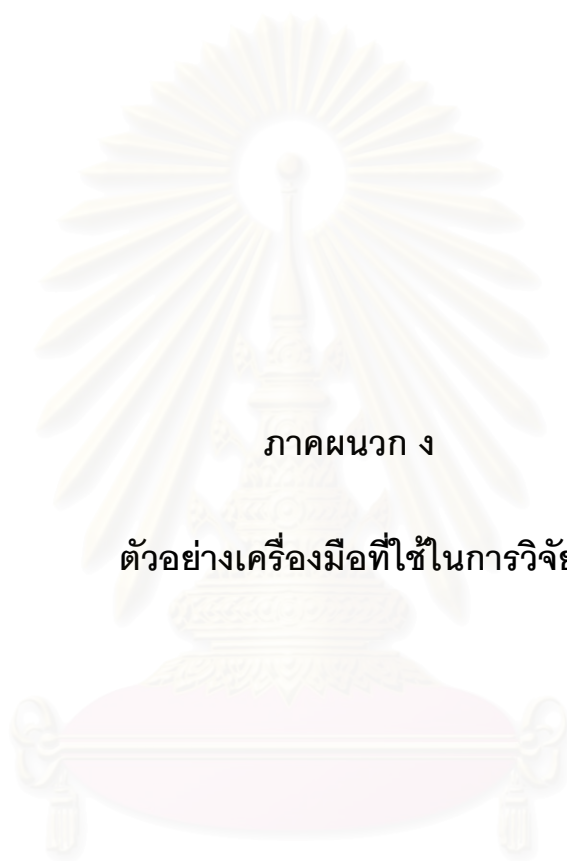


เลขที่โครงการวิจัย 03701/51

วันที่รับรอง 2 ก.ย. 2551

วันหมดอายุ 31 ก.ย. 2552

สถาบันส่งเสริมวิชาการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรตัวอย่างรายชื่อ.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

### แบบประเมินสำหรับการวิจัย

#### เรื่อง

“ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน”

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อผู้ให้ข้อมูล นาย, นาง, นางสาว.....

ชื่อชมรมผู้สูงอายุ.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ผู้สัมภาษณ์.....



### ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับคำตอบ

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ ..... ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  
 หม้าย  หย่า / แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  ปวช./ปวส.  
 อนุปริญญา ปริญญาตรี  
 สูงกว่าปริญญาตรี  อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้ (บาท/เดือน)  
 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000  6,001-8000  
 2,001- 4,000  8,001-10,000  
 4,001-6,000  มากกว่า10, 000 ระบุ...
6. แหล่งที่มาของรายได้  
 จากงานหรืออาชีพ หรือ เงินออมของตนเอง  
 จากบุตรหรือหลานให้
7. โรคประจำตัว  
 ไม่มี  
 มี ระบุ.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

**คำชี้แจง:** โปรดตอบแบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคตรงกับ <b>ความรู้สึก</b> หรือ <b>ความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด</b>
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคตรงกับ <b>ความรู้สึก</b> หรือ <b>ความเป็นจริงที่เกิดกับท่านเป็นส่วนใหญ่</b>
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้น <b>ไม่แน่ใจ</b> ว่าตรงกับ <b>ความรู้สึก</b> หรือ <b>ความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน</b>
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้น <b>ไม่ตรงกับความรู้สึก</b> หรือ <b>ความเป็นจริงที่เกิดกับท่าน</b>
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้น <b>ไม่ตรงกับความรู้สึก</b> หรือ <b>ความเป็นจริงที่เกิดกับท่านทั้งหมด</b>

ลำดับที่	ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	อัลลอฮ์(ซ.บ.)ทรงมอบความรับผิดชอบให้ทุกคนดูแลรักษาร่างกายให้มีสุขภาพดี และอายุยืนนานที่สุด					
2	การเจ็บป่วยเป็นการทดสอบอย่างหนึ่งจากอัลลอฮ์(ซ.บ.)					
3	.....					
4	.....					
5	.....					
6	.....					
7	.....					

ลำดับที่	ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
8	.....					
9	.....					
10	.....					
11	ผู้ที่กำลังเจ็บป่วยสามารถงดเว้นถือศีลอดได้แต่ต้องถือชดเชยเมื่อหายป่วยแล้ว					

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** โปรดตอบแบบประเมินให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคตรงกับ **ความรู้สึก** หรือ **ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด**
- เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคตรงกับ **ความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่**
- ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้น **ไม่แน่ใจ** ว่าตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้น **ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน**
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้น **ไม่ตรงกับความรู้สึก** หรือ **ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด**

ลำดับที่	การสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	<b>ด้านอารมณ์</b> บุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใยและซักถาม เมื่อท่านไปรื้อรอกบ้านคนเดียว					
2	.....					
3	.....					
4	.....					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
8	เมื่อมีรื้อรอกให้ช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิดให้ ความสนใจ เต็มใจช่วยทำรื้อรอกให้					
9	<b>ด้านการเงิน สิ่งของ หรือบริการ</b> บุคคลใกล้ชิดมีการจัดหาอาหารและสิ่งของ เครื่องใช้ให้กับท่าน					
10	.....					
11	.....					
12	ท่านได้รับความสะดวกในการใช้บริการด้าน การตรวจรักษาจากสถานบริการด้าน สุขภาพต่างๆ					
13	<b>ด้านข้อมูลข่าวสาร</b> ท่านมีโอกาสได้รับและแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารกับบุคคลในครอบครัวเพื่อน เพื่อน บ้าน หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ					
14	.....					
15	.....					

ลำดับที่	การสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
16	.....					
17	เมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยท่านสามารถซักถามจากแพทย์พยาบาลได้					
18	<b>ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า</b> บุคคลใกล้ชิดให้การยกย่องและเคารพนับถือในตัวท่าน					
19	.....					
20	.....					
21	เมื่อท่านแสดงความคิดเห็นบุคคลใกล้ชิดมักจะยอมรับและเห็นด้วยกับความคิดเห็นนั้น					
22	<b>ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</b> ท่านมักจะได้รับกรยิ้มให้หรือการทักทายจากบุคคลรอบข้างเมื่อได้พบเจอกัน					
23	.....					
24	.....					
25	ท่านยังมีการติดต่อไปมาหาสู่และเยี่ยมเยียนบุคคลอื่นอยู่เสมอ					



#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำในชีวิตประจำวัน

**คำชี้แจง :** โปรดตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือก ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านที่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

**เป็นประจำ สม่ำเสมอ**

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านที่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

**บ่อยครั้ง หรือ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่**

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านที่มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

**นานๆ ครั้งหรือ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง**

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่ได้มีพฤติกรรมหรือ

**ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย**

ลำดับที่	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	<u>ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ</u> ท่านติดตามข่าว พังวิทย์ หรือดูโทรทัศน์ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ				
2	.....				
3	.....				
4	.....				
5	.....				
6	.....				
7	เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านจะรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง				

ลำดับ ที่	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย ปฏิบัติ
8	<b>ด้านกิจกรรมทางกาย</b> ท่านเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ พลอง ปั่นจักรยาน หรือฝึก กายบริหารครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป				
9	.....				
10	.....				
11	เมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกาย ท่านค่อยๆลดแรง ลงทีละน้อย โดยไม่หยุดออกกำลังกายทันที				
12	<b>ด้านโภชนาการ</b> ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ครบ 5 หมู่				
13	.....				
14	.....				
15	.....				
16	.....				
17	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ				
18	<b>ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล</b> ท่านพูดคุยปรึกษาหารือและสังสรรค์กับสมาชิก ในครอบครัวและญาติ				
19	.....				
20	.....				
21	.....				
22	.....				
23	.....				
24	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมชมรมต่างๆ ในสังคม เช่น กิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน				
25	<b>ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ</b> ท่านยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน				

ลำดับ ที่	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย ปฏิบัติ
26	.....				
27	.....				
28	.....				
29	.....				
30	.....				
31	ท่านละหมาดวันละ 5 เวลา				
32	<u>ด้านการจัดการกับความเครียด</u> ท่านมักบอกกับตัวเองว่า ปัญหาทุกอย่างมี ทางแก้ไขได้				
33	.....				
34	.....				
35	.....				
36	.....				
37	.....				
38	ท่านละหมาดวันละ 5 เวลา				

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน จำแนกตาม แหล่งที่มาของรายได้ และโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
การทำงานของตนเอง/เงินออม	80	61.54
บุตร/หลานให้	50	38.46
<b>รวม</b>	<b>130</b>	<b>100</b>
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	88	67.69
มี โรคประจำตัว	(42)	(32.31)
โรคความดันโลหิตสูง	9	6.92
โรคเบาหวาน	7	5.38
โรคหัวใจ	4	3.08
โรคเบาหวาน+โรคความดันโลหิตสูง	4	3.08
โรคความดันโลหิตสูง +ไขมันในเลือดสูง	3	2.31
โรคความดันโลหิตสูง+เก๊าท์	2	1.54
โรคเบาหวาน+โรคความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง	1	0.77
โรคเบาหวาน+โรคความดันโลหิตสูง+โรคหัวใจ	1	0.77
โรคความดันโลหิตสูง+ปวดหลัง	1	0.77
อื่นๆ (ปวดหลัง, ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ, โรคจิต, วัณโรค, เข้าเสื่อม, โรคกระเพาะอาหาร, มะเร็งต่อมลูกหมาก)	10	7.69
<b>รวม</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 20 พบว่า แหล่งที่มาของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มาจากการทำงานของตนเอง/เงินออม จำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.54 รองลงมา คือ บุตร/หลานให้ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 67.69 และมีโรคประจำตัวจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 32.31 และโรคที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 16.16



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวโสภิต ทิพย์รัตน์ เกิดเมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ.2512 ที่อยู่ อำเภอเมือง จังหวัด กระบี่ สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2534 สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี ปีพ.ศ.2539 เข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาล วิชาชีพ ชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ผลงานดีเด่น เคยได้รับรางวัลสาธารณสุขชนบทดีเด่น สาขาการพยาบาล ทุนสมเด็จพะภูวนาลังวรสังฆมหาปริณายก เมื่อปีพ.ศ.2538



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย