Journal of Research Methodology, Volume 16, Number 3 (July - September 2003)

วารสารวิธีวิทยาการวิจัย ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2546)

Health Promotion : The Body of Knowledge in Nursing Science

Chounchom Charoenyooth

ABSTRACT

Health promotion consists of strategies directed toward increasing the well-being individual, aggregates, and community and modifying the environmental context for health behavior. Health Promotion Model (HPM) development requires integration across the social, behavioral, biological, and nursing science. Goal of HPM assist health care providers, individual and family in understanding the major determinants of health behaviors as a basis for increasing health promoting actions and enhancing health throughout thelifespan.

Journal of Research Methodology, Volume 16, Number 3 (July - September 2003)

วารสารวิธีวิทยาการวิจัย ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2546)

การส่งเสริมสุขภาพ : องค์ความรู้ทางการพยาบาล

ชื่นชม เจริญยุทธ

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกลยุทธ์ที่ช่วยให้บุคคล กลุ่มคน และชุมชนมีสุขภาวะที่ดีแบบองค์รวมตลอดจนส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาโมเดลการส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยองค์ความรู้จากศาสตร์หลายสาขา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทีมสุขภาพ บุคคลและครอบครัวเข้าใจปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพในทุกช่วงวัย

ประวัติความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ ได้มีการปฏิบัติมาเป็นเวลาช้านานแล้วเท่าที่มีหลักฐานปรากฏ ในประเทศจีน ในสมัยราชวงศ์ Xia และราชวงศ์ Shang (ตั้งแต่ ศตวรรษที่ 21 ถึงศตวรรษที่ 11 ก่อนคริสตกาล) พบว่ามีการขุดบ่อน้ำดื่มสำหรับชุมชน ในอียิปต์ พบว่ามีการทำที่เก็บกักน้ำฝน และมีการทำระบบกำจัดน้ำโสโครก ในช่วงปี 1745-1650 ก่อนคริสตกาล และในบาบิโลเนีย กษัตริย์ของบาบิโลนได้ร่างกฎหมายเพื่อใช้ในการปกครองประชาชน ที่เรียกว่า Code of Hammurabi ซึ่งกฎหมายบางข้อเป็นเรื่องเกี่ยวกับการกระจายทรัพย์สิน และบางข้อเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการป้องกันการตายก่อนวัยอันควร (Young, 2002)

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในยุคใหม่ เริ่มตั้งแต่ช่วงกลางของศตวรรษที่ 18 (Green & Ottoson, 1999 อ้างใน Young, 2002) นักทฤษฎีได้จัดแบ่งวิวัฒนาการด้านสุขภาพ ออกเป็น 5 ยุค คือ

- ยุคแรก ระหว่าง ค.ศ. 1850-1880 ยุคกลิ่นไอโรคร้าย (miasma phase) ยุคนี้ชุมชนมุ่งเน้นเรื่องความสะอาดเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมโรค
- ยุคที่สอง ค.ศ. 1880 - 1910 ยุคของแบคทีเรีย มีการป้องกันการแพร่เชื้อเป็นประเด็นสำคัญ
- ยุคที่สาม ค.ศ. 1910 - 1960 ยุคทรัพยากรสุขภาพ เป็นยุคที่เน้นการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บริการรักษาการเจ็บป่วย
- ยุคที่สี่ ค.ศ. 1960 - 1975 ยุควิศวกรรมสังคม เป็นยุคที่เน้นการส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
- ยุคที่ห้า ค.ศ. 1970 ถึงปัจจุบัน ยุคส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุคที่นโยบายด้านสุขภาพได้เปลี่ยนจุดเน้นจากการรักษาการเจ็บป่วย มาเน้นการส่งเสริมสุขภาพ

ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ซึ่งพัฒนาทางเทคโนโลยีได้เจริญก้าวหน้าไปอย่างมาก ทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐาน, เทคโนโลยีด้านการแพทย์ และชีวภาพการแพทย์ รวมทั้งการค้นพบยาปฏิชีวนะใหม่ ๆ เช่น เพนนิซิลลิน ที่เห็นผลอย่างรวดเร็วในการรักษาโรค ทำให้จุดเน้นด้านสุขภาพมุ่งไปที่การรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจึงถูกมองข้ามไป หรือลดความสำคัญลงไปอย่างมากเป็นเวลาหลายสิบปี อย่างไรก็ตาม การให้ความสำคัญกับการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงในโรงพยาบาล ทำให้สิ้นเปลืองทรัพยากรเป็นอย่างมาก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีการศึกษาและพบว่า ภาวะสุขภาพของประชาชนไม่ได้ดีขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ถึงแม้การเข้าถึงบริการจะดีขึ้น แต่พบว่า ภาวะสุขภาพของประชาชนถูกกำหนดโดย สภาวะความเป็นอยู่ อาหาร สภาพบ้านเรือน สภาพการทำงาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ซึ่ง

สามารถปรับเปลี่ยนหรือชักนำได้ โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ จากข้อค้นพบดังกล่าวจึงทำให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ขึ้น

วิวัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

การส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดใหม่ เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974 ซึ่งลาลองเด ได้นำเสนอบทความเรื่อง มุมมองใหม่เกี่ยวกับสุขภาพของชาวแคนาดา (Lalonde, 1974 อ้างใน Mcdonald, 2002) ที่ชี้ให้เห็นว่า วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของภาวะสุขภาพ จากข้อเท็จจริงดังกล่าวนี้ หลาย ๆ ประเทศทั่วโลกต่างก็ยอมรับและถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ การส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดใหม่นี้ ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง สุขภาพในที่นี้ หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ซึ่งนอกจากจะถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างมากจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและสิ่งแวดล้อมภายนอกอีกด้วย (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2541)

หลังจากการนำเสนอบทความของ ลาลองเด ในปี 1974 ประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา นับได้ว่าเป็นการประกาศความเป็นผู้นำในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยได้มีการเคลื่อนไหว และการจัดประชุมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับชาติหลายครั้ง มีการออกกฎระเบียบ และศึกษาแนวคิดต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจากนั้นได้มีการจัดประชุมระดับนานาชาติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี 1986 ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา ผลจากการประชุมครั้งนี้ได้มีการประกาศกฎบัตรออตตาวา ที่เสนอยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ต่อมาได้มีการประชุมระดับนานาชาติขึ้นอีก 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 2 ในปี 1988 ที่เมืองแอดีเลค ประเทศออสเตรเลีย, การประชุมครั้งที่ 3 ที่เมืองซันดัสวาล ประเทศสวีเดน ในปี 1991, ครั้งที่ 4 ที่กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซียในปี 1997 และครั้งที่ 5 ที่กรุงเม็กซิโก ซิตี้ ประเทศเม็กซิโก ในปี 2000

ในการประชุมแต่ละครั้ง ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเรียนรู้เกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพ ทบทวน และตรวจสอบซ้ำเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคิดค้นหาแนวทางและกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้ก้าวหน้าต่อไป

การพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล

1. รูปแบบการป้องกันสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนจุดเน้นด้านสุขภาพจากการรักษามาสู่การส่งเสริมสุขภาพ ทำให้นักวิชาการด้านสุขภาพทุกสาขาอาชีพ รวมทั้งวิชาชีพการพยาบาลต่างพัฒนาองค์ความรู้ของตนเอง เพื่อให้

สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สำหรับวิชาชีพพยาบาล การให้ความหมายของสุขภาพตามคำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่นี้ สอดคล้องกับจุดเน้นของวิชาชีพการพยาบาลเป็นอย่างดีเพราะการปฏิบัติการพยาบาลจะมุ่งเน้นที่สุขภาวะ (health) มากกว่า การเจ็บป่วย (illness) ดังนั้น การให้การพยาบาลจึงมุ่งเป้าไปที่การส่งเสริมสุขภาวะ นักทฤษฎีทางการพยาบาลบางคนถือว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นวัตถุประสงค์พื้นฐานที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลในระดับวิชาชีพ เพราะจุดเน้นของวิชาชีพอยู่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างมโนมติหลัก 4 ประการของวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพสำหรับวิชาชีพพยาบาลจึงได้มีการปฏิบัติมาตั้งแต่สมัยไนติงเกล ที่มุ่งเน้นการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้ป่วย (Meleis, 1991 อ้างใน Young , 2002)

ในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล ในปี 1975 คือ 1 ปีหลังจากการนำเสนอบทความของ ลาลองเด ในแคนาดา Nola J. Pender นักทฤษฎีทางการพยาบาล ชาวอเมริกัน จากมหาวิทยาลัยมิชิแกน ได้นำเสนอบทความเรื่อง กรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค (A Conceptual Model for Preventive Health Behavior) โดยได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทั้งกรอบแนวคิดทางการพยาบาล และกรอบแนวคิดอื่นที่เกี่ยวข้อง พบว่ากรอบแนวคิดที่มีอยู่ในขณะนั้น อธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพได้ยังไม่ครอบคลุม ยกเว้นแบบจำลองการดูแลตนเองของโอเร็ม จึงมุ่งประเด็นมาที่กรอบแนวคิดเพื่อใช้ในงานสาธารณสุข ได้แก่ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แล้วสร้างแบบจำลองการป้องกันสุขภาพขึ้น โดยมีแนวคิดหลัก คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะตัดสินใจ (Decision-making phase) และระยะปฏิบัติพฤติกรรม (Action phase)

ในระยะตัดสินใจ (Decision-making phase) ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perceptions) ได้แก่ การรับรู้ในเรื่อง ความสำคัญของสุขภาพ ภาวะคุกคาม และความไวต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม และคุณค่าของการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

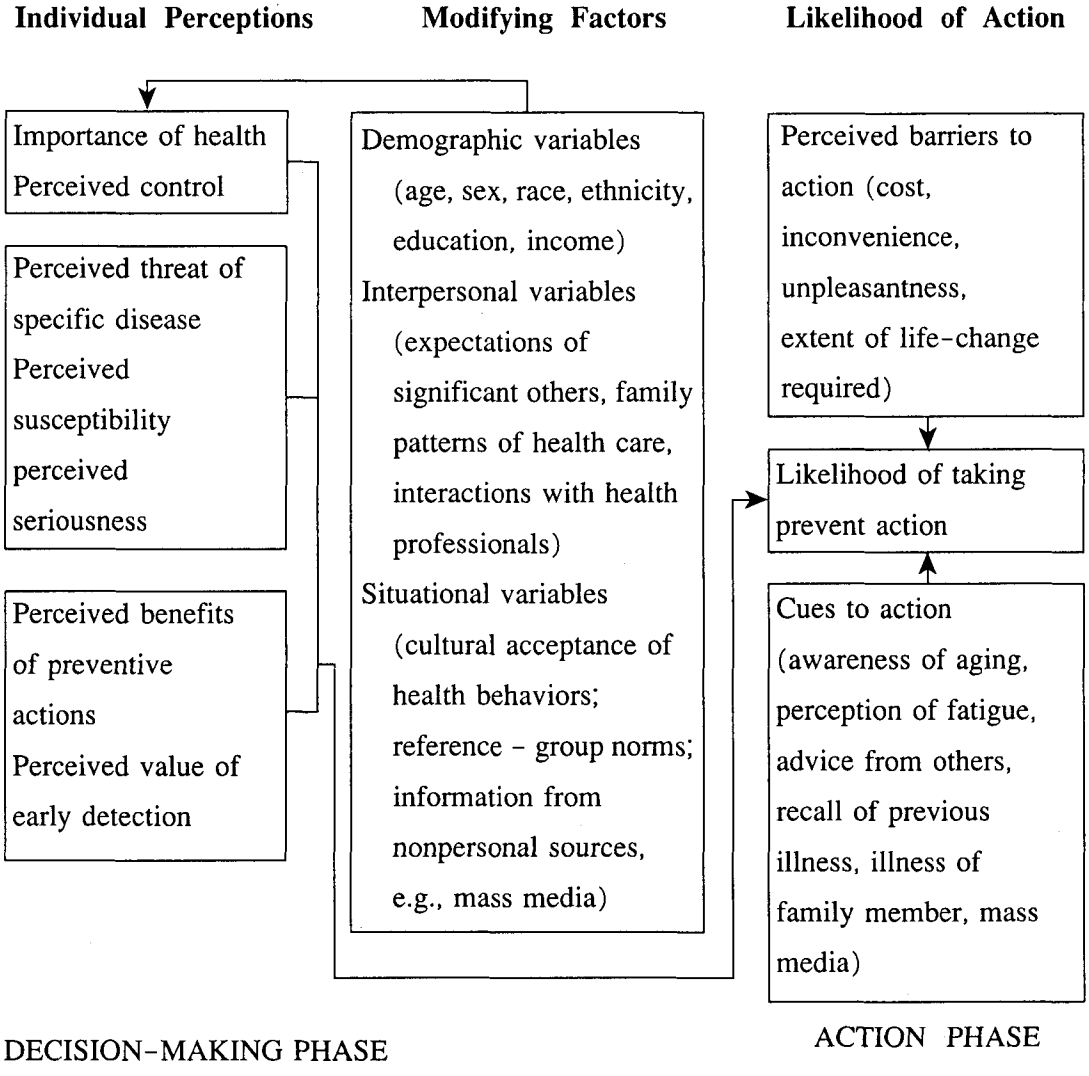
2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ ตัวแปรด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ความคาดหวังของบุคคลสำคัญ แบบแผนด้านสุขภาพของครอบครัว และตัวแปรด้านสถานะการณ์ เช่น การยอมรับทางวัฒนธรรม ประเพณี และธรรมเนียมปฏิบัติของกลุ่ม เป็นต้น

สำหรับระยะปฏิบัติพฤติกรรม (Action phase) มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 2 ประการ ได้แก่

1. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers to action) ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม และความรู้สึกยินดี

2. ตัวชี้นำการกระทำ (Cues to action) เช่น ความตระหนักในความสูงอายุ ความอ่อนเพลีย การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น ความจำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว และข้อมูลจากสื่อมวลชนต่าง ๆ

รูปแบบการป้องกันสุขภาพของเพนเดอร์ ดังแสดงใน แผนภาพที่ 1



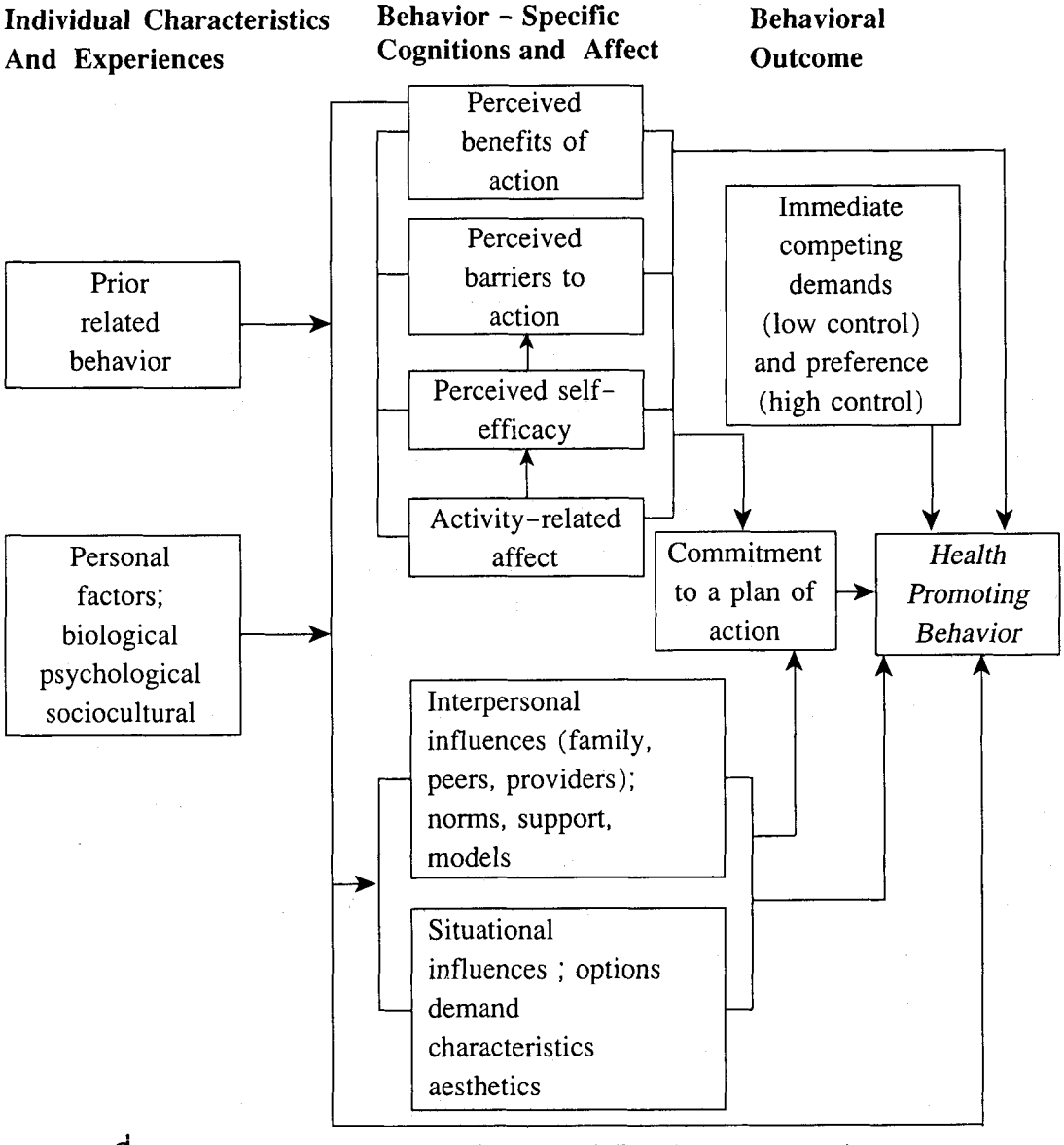
แผนภาพที่ 1 The Health Preventive Model (Pender , 1975)

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

หลังจากการนำเสนอรูปแบบการป้องกันสุขภาพ ดร.เพนเดอร์ ได้มีการทดสอบโดยการทำวิจัย และพบข้อจำกัดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้เป็นต้นแบบ ว่าสามารถอธิบายได้เพียงพฤติกรรมป้องกันโรคบนพื้นฐานทางการแพทย์ โดยสามารถอธิบายได้เพียงว่าบุคคลจะใช้หรือไม่ใช้บริการทางการแพทย์เท่านั้น นอกจากนี้ รูปแบบการป้องกันสุขภาพ เป็นการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลบ เนื่องจากพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมหลีกเลี่ยง (Avoidance behavior) และภาวะเจ็บป่วยเป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค จึงไม่สามารถใช้อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดีหรือไม่เจ็บป่วย ดร.เพนเดอร์จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้น ในปี 1982 โดยยึดหลักปรัชญามนุษยนิยม (Humanism) ในการดูแลสุขภาพ (Pender, 1982) ซึ่งเน้นพื้นฐานการคิดรู้ และความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะประสบความสำเร็จ และความสมบูรณ์ที่สุดในชีวิต (Self actualization) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ ได้นำเสนอโดยตีพิมพ์เป็นตำราชื่อ การส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้อธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการรับรู้และการคิดรู้ของปัจเจกบุคคล (Individual perception) ซึ่งแตกต่างกันไปตามปัจจัยการปรับเปลี่ยน (Modifying factors) ได้แก่ คุณลักษณะพื้นฐานของบุคคล, สัมพันธภาพระหว่างบุคคล, และปัจจัยด้านสถานการณ์

ต่อมาในปี 1987 ดร. เพนเดอร์ ได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่ เนื่องจากรูปแบบเดิมสามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ดีนัก จึงได้ปรับปรุงใหม่โดยใช้ทฤษฎีความคาดหวัง-การให้คุณค่า (Expectancy-Value Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เป็นพื้นฐานในการปรับปรุง มีการปรับมโนทัศน์ย่อยของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่นำเสนอในปี 1982 และให้คำนิยามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใหม่ว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม การบรรลุถึงศักยภาพทางด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้นำการกระทำ (Cues to action) นอกจากนี้ ดร. เพนเดอร ได้ทำการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินตัวแปรต่าง ๆ ภายในมโนทัศน์ ซึ่งเป็นโครงสร้างของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และตีพิมพ์เป็นตำราการส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการตีพิมพ์ครั้งที่ 2 ซึ่งได้มีผู้สนใจนำไปใช้กันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในวิชาชีพการพยาบาล

ในปี 1996 ดร. เพนเดอร์ ได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพอีกครั้งหนึ่ง และตีพิมพ์ตำรา การส่งเสริมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นครั้งที่ 3 การปรับปรุงครั้งนี้อาศัยข้อมูลและองค์ความรู้จากผลการวิจัยที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ปี 1987 เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่นี้ ได้ตัดตัวแปรบางตัวที่ไม่มีความสำคัญออกไป และเพิ่มตัวแปรใหม่ที่พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ ปี 1996 ดังแสดงใน แผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 Revised Health Promotion Model (Pender , 1996 : 67)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงปี 1996 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ดังนี้

1. ประสบการณ์ และคุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and Experiences) ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องที่เคยปฏิบัติในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้น

2. ความรู้สึก/อารมณ์ และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavioral-Specific Cognition and Affect) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึก/อารมณ์ที่มีต่อกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome) ได้แก่ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม การมุ่งมั่นกระทำตามความต้องการและความชอบในขณะนั้น และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดร. เพนเดอร์ ได้ทำการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการจัดการศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาล โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดประชุมเสนอผลการวิจัย การเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย การเป็นที่ปรึกษา และเป็นกรรมการในคณะกรรมการต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน และระหว่างวันที่ 14 -28 กรกฎาคม 2545 ดร. เพนเดอร์ ได้มาเป็นวิทยากรในการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Health Promotion ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (นานาชาติ) ทำให้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มีความชัดเจนยิ่งขึ้น และได้นำมาใช้ประโยชน์มากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิชาชีพการพยาบาล

References

Young , L.E. (2002). Transforming Health Promotion Practice : Moving Toward Holistic Care. In Young, L.E. Philadelphia (ed.), **Transforming Health Promotion Practice : Concepts, Issues, and Applications,** pp. . F.A. Davis Company.

MacDonald, M.A. (2002). Health Promotion : Historical, Philosophical, and Theoretical Perspectives. In Young, L.E. Philadelphia (ed.), **Transforming Health Promotion Practice : Concepts, Issues, and Applications,** pp. . F.A. Davis Company.

Pender, N.J. (1982). **Health Promotion in Nursing Practice.** Norwalk : Appleton & Lange.

Pender, N.J. & Pender, A.R. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice.** 2nd ed; Norwalk : Appleton & Lange.

Pender, N.J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice.** 3rd ed; Norwalk : Appleton & Lange.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2541). วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการครั้งที่ 2 เรื่อง "ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน", สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ .

Journal of Research Methodology, Volume 16, Number 3 (July - September 2003)

วารสารวิธีวิทยาการวิจัย ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2546)

A Causal Model of Exercise Behavior of the Elderly in Bangkok Metropolis

Prapaporn Chinuntuya

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop a causal model to explain exercise behavior of the elderly including leisure-time and lifestyle exercise. The hypotheses of both models were based on Pender's Health Promotion Model. The participants were three-hundred elderly people living in selected communities care for by health centers in the Bangkok metropolis. Multi-stage random sampling was used to identify the participants. A set of questionnaires were used, composed or Personal Data Form, Social Support for Exercise Questionnaire, Perceived Barriers to Exercise Questionnaire, Perceived Self-Efficacy for Exercise Questionnaire, Commitment to a Plan or Exercise Questionnaire, and Exercise Behavior (YPAS). Data were analyzed using SPSS/PC and LISREL.

The results showed more variance in the leisure-time exercise model than in the lifestyle exercise model. In both models, commitment to a plan of exercise was the best predictor of exercise behavior and acted as and effective mediator variable. In both models social support for exercise had a direct positive effect on exercise behavior as well as an indirect effect through a commitment to a plan of exercise. In the leisure-time exercise model, perceived barriers to exercise had significantly negative direct effect on exercise behavior and a significantly negative indirect effect through a commitment to a plan of exercise. Perceived self-efficacy for exercise had a significantly direct effect on exercise behavior in the leisure-time exercise model while it influenced exercise behavior indirectly through a commitment to a plan of exercise in lifestyle exercise model.

The findings indicated that Pender's HPM can be used for predicting exercise behavior among Thai elderly. The findings lead to testing of nursing interventions for promoting exercise.

แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ประภาพร จินันทุยา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย กรอบแนวคิดการออกกำลังกายทั้งที่เป็นแบบแผนและไม่เป็นแบบแผนพัฒนามาจากโมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1996) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกาย แบบวัดการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกาย แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกาย แบบวัดเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย และแบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC และ LISREL

ผลการศึกษาพบว่ากรอบแนวคิดพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการออกกำลังกายได้มากกว่ากรอบแนวคิดพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เป็นแบบแผน ปัจจัยด้านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีที่สุด การสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายในทั้งสองกรอบแนวคิด สำหรับกรอบแนวคิดการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน การรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายมีอิทธิพลโดยตรงทางลบกับพฤติกรรมการออกำลังกายและมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในขณะที่กรอบแนวคิดการออกกำลังกายที่เป็นไม่เป็นแบบแผน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาบ่งชี้ว่าโมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทยได้ดีและควรมีการทดสอบการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมหรือปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุต่อไป

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าของการดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้เป็นผลให้จำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มสูงขึ้น และผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 พบว่ามีโรคประจำตัวที่เป็นเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลและความต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมากกว่า 80 % จะมีโรคประจำตัวที่เป็นเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยเพิ่มสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณและปัญญาให้กับประชาชนโดยเพิ่มศักยภาพของประชาชนให้สามารถควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตน และสามารถปรับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต โดยลดผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรัง สามารถพึ่งพาตนเองได้ จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1-2 โรค (วาสนา เถื่อนวงษ์, 2540) โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ปวดหลัง โรคไขข้ออักเสบ โรคเบาหวาน ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การออกกำลังกาย โภชนาการ การจัดการกับความเครียด และป้องกันการบาดเจ็บจากการหกล้ม (WHO, 1998)

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของบุคคลตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยสูงอายุ (Dishman, et al., 1985; Pender, 1998) จากการศึกษาวิจัยยืนยันว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีประโยชน์ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้สูงอายุ โดยป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง โรคเบาหวาน กระดูกพรุน และโรคมะเร็ง นอกจากนี้ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ดีขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่หกล้มง่าย ช่วยควบคุมน้ำหนัก และช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล นอนหลับได้ดีและลดอาการซึมเศร้า และยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นลดการแยกตัวจากสังคม (Robergs และ Roberts, 1997) ดังนั้นการออกกำลังกายช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ระบุชนิดการออกกำลังกายประกอบด้วย 2 ชนิดได้แก่ การออกกำลังกายที่มีรูปแบบ (Leisure-time exercise) และการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ (Lifestyle exercise) การออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ หมายถึง การเคลื่อนไหวออกแรงที่มีความแรงในระดับปานกลางซึ่งสามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวันทุกวันหรือเกือบทุกวัน โดยสะสม

ระยะเวลาออกการออกแรงให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที ได้แก่ การทำงานบ้าน การเดินขึ้นบันได การทำสวน เป็นต้น ส่วนการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ หมายถึง การเคลื่อนไหวออกแรงที่มีรูปแบบ โครงสร้าง และมีการวางแผน โดยเน้นที่ความแรงของกิจกรรม ระยะเวลาและความถี่ ได้แก่ การเล่นกีฬา กิจกรรมนันทนาการและการฝึกฝนออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ เป็นกิจกรรมทางเลือกใหม่ของการออกกำลังกายในปัจจุบัน (King, 1994; Pate, et al., 1995) ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจออกกำลังกายมากขึ้น โดยช่วยลดอุปสรรคการออกกำลังกายที่มีรูปแบบที่ต้องใช้เครื่องมือ มีการวางแผนและสถานที่ โดยการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบสามารถปฏิบัติให้ผสมผสานไปกับการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงเปลี่ยนจากการออกกำลังกายที่มีรูปแบบมาเป็นการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ (Conn, 1998) อย่างไรก็ตามถ้าผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ทั้งที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบเป็นกิจกรรมที่มีผลดีสูงสุดต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ (Allison และ Keller, 1997) ดังนั้นแนวโน้มการพัฒนาองค์ความรู้ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายควรพิจารณาการออกกำลังกายทั้งสองรูปแบบ

ถึงแม้ว่ามีรายงานการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหวออกแรงหรือไม่ออกกำลังกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีการเคลื่อนไหวออกแรงในระดับต่ำ (Inpang, 1999) จากการศึกษาพบว่า การออกแรงทำกิจกรรมและการออกกำลังกายจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น (Dishman, 1994) ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวน้อยหรือออกกำลังกายน้อย (Hypokinetic diseases/conditions) ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังของผู้สูงอายุจึงเป็นการศึกษาที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นแบบจำลองทางการพยาบาลที่อธิบายปรากฏการณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาวะแบบองค์รวม การทดสอบแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยการศึกษาวิจัยกลุ่มประชากรทุกช่วงวัยที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย เพื่อทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้ระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีน้อย โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเกิดแรงจูงใจการออกกำลังกายและการทดสอบแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแบบจำลองทางการพยาบาล ดังนั้นการวิจัยเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) จึงเป็นสิ่งสำคัญ ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยช่วยให้พยาบาลเข้าใจอิทธิพลของปัจจัยทั้งโดยตรงและโดยอ้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค และเจตจำนงต่อแผนการทำกิจกรรมซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้มีการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบจำลองการออกกำลังกายที่มีรูปแบบและการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ ในแบบจำลองการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ ประกอบด้วยตัวทำนายดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกาย ขณะที่เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายเป็นตัวแปรคั่นกลาง (Intervening variable) ส่วนแบบจำลองการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ ประกอบด้วยปัจจัยเช่นเดียวกับแบบจำลองการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ ข้อค้นพบจากการทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุทั้งสองแบบจำลองช่วยอธิบายและทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ช่วยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบจำลองเชิงสาเหตุที่อธิบายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมที่มีรูปแบบและแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่มีรูปแบบ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายและเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

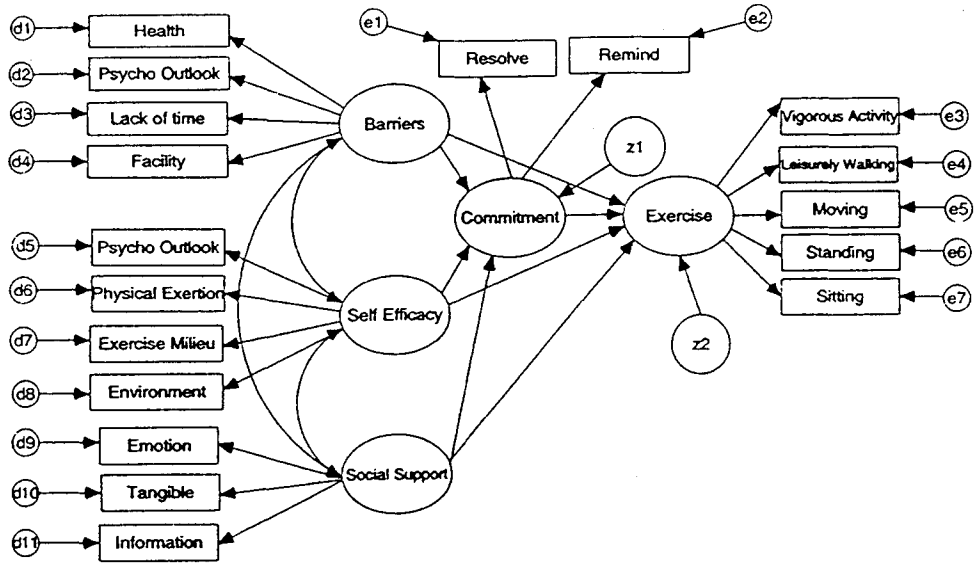


Figure 1 : A Causal Model of Exercise Behavior of the Elderly

สมมติฐานการวิจัย

1. เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายมีอิทธิพลโดยตรงในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลโดยตรงในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

3. การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลโดยตรงในทิศทางลบต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลโดยตรงในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study เพื่อพัฒนาและทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพ-มหานคร ในชุมชนที่เป็นเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกาย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายที่สร้างขึ้นโดยเพนเดอร์ (Pender, 1996) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ช่วง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายได้ดัดแปลงให้สอดคล้องกับพฤติกรรมออกกำลังกายทั้งที่มีรูปแบบและที่ไม่มีรูปแบบ และได้ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นสำหรับแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ เท่ากับ .89 และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ เท่ากับ .83

2. แบบวัดการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกาย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้อุปสรรคด้านออกกำลังกายที่สร้างขึ้นโดยเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง แบบวัดการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายได้ดัดแปลงให้สอดคล้องกับพฤติกรรมออกกำลังกายทั้งที่มีรูปแบบและที่ไม่มีรูปแบบ และได้ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นสำหรับแบบวัดการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ เท่ากับ .88 และแบบวัดการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ เท่ากับ .91

3. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านออกกำลังกายที่สร้างขึ้นโดยเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง แบบวัดการรับรู้สมรรถนะด้านการออกกำลังกายได้ดัดแปลงให้สอดคล้องกับพฤติกรรมออกกำลังกายทั้งที่มีรูปแบบและที่ไม่มีรูปแบบ และได้ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยได้ค่า

สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นสำหรับแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายที่มีรูปแบบเท่ากับ .92 และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบเท่ากับ .93

4. แบบวัดเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายที่สร้างขึ้นโดยเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วง แบบวัดการเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายได้ดัดแปลงให้สอดคล้องกับพฤติกรรมออกกำลังกายทั้งที่มีรูปแบบและที่ไม่มีรูปแบบ และได้ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นสำหรับแบบวัดการรับรู้เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ เท่ากับ .88 และแบบวัดเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ เท่ากับ .78

5. แบบวัดพฤติกรรมออกกำลังกาย การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสำรวจกิจกรรมทางกาย (Yale Physical Activity Survey : YPAS) (DiPietro, et al, 1993) ซึ่งพัฒนามาเพื่อประเมินการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นกิจกรรมที่ออกแรงในระดับมาก การเดินเล่น การเดินทำกิจกรรม การยืนทำกิจกรรมและการนั่งทำกิจกรรม กิจกรรมทั้งหมดครอบคลุมการออกกำลังกายทั้งที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ช่วง และได้ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นของแบบวัด เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือ นอกจากนี้ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกนำเสนอเป็นรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเรียงตามลำดับของตัวแปรในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ตามลำดับดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกาย แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย แบบวัดการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกาย เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย และแบบวัดพฤติกรรมออกกำลังกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC และ LISREL

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 300 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60และเพศชาย ร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-87 ปี โดยมีอายุ

เฉลี่ย เท่ากับ 68.01 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 40 มีรายได้อยู่ในช่วง 0 - 2,500 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 4,478 บาทต่อเดือน และรายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 74.65 ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 22.30 ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 75 โรคประจำตัวและความเจ็บป่วยที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง อาการปวดหลัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและระดับไขมันในเลือดสูง สำหรับพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59 ไม่ออกกำลังกาย และกลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายที่ต้องออกแรงในระดับเบาและระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 38.40 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23 ออกกำลังกายคนเดียวและร้อยละ 16.70 ออกกำลังกายกับเพื่อน สำหรับสถานที่ออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 37 ชอบออกกำลังกายที่บ้าน และร้อยละ 36.57 ออกกำลังกายที่ชมรมผู้สูงอายุ ส่วนพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างออกแรงทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบที่มีความแรงของกิจกรรมในระดับเบาและระดับปานกลาง กิจกรรมที่ทำ ได้แก่ การทำงานบ้าน งานอาสาสมัคร การดูแลบุตรหลานและคนเจ็บป่วยในบ้าน การประกอบอาชีพ และการทำสวน เป็นต้น

2. ผลการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายโดยใช้โปรแกรม LISREL

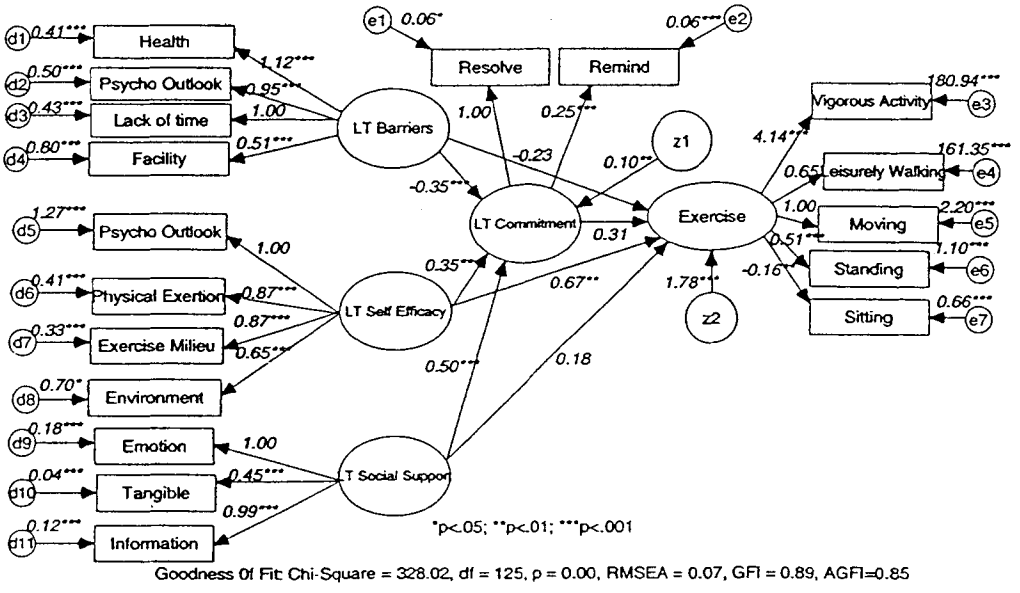


Figure 2 : A Hypothesized Model of Leisure-time Exercise Behavior

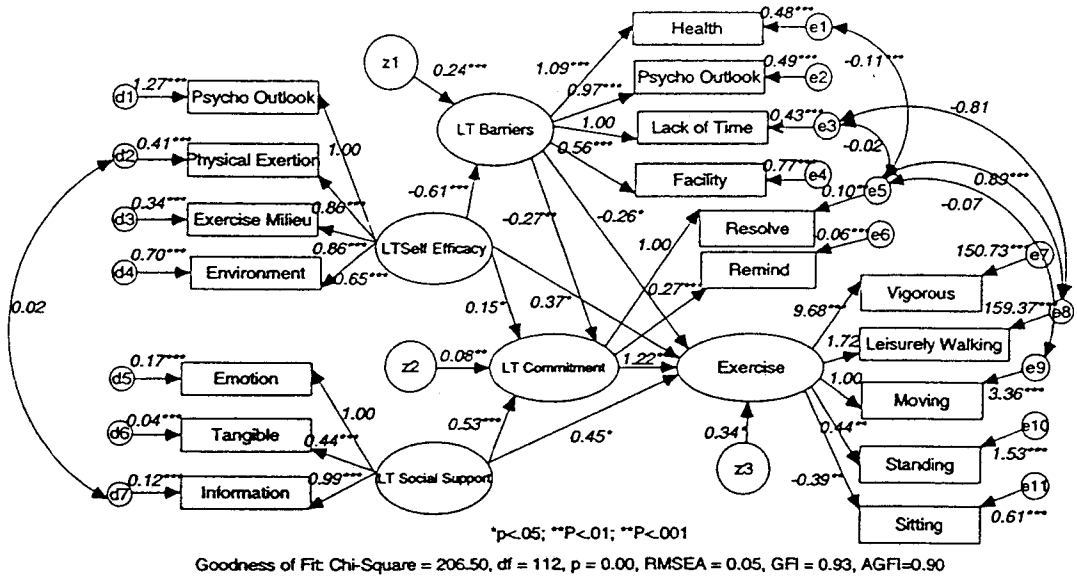


Figure 3 : A Modified Model of Leisure-time Exercise Behavior

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์แยกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเต็มรูปของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ

Affected Variables	CF			TPA		
Causal Variables	TE	IE	DE	TE	IE	DE
Chi-Square(χ^2) = 328.02, df=125, p=0.00, GFI=0.89, AGFI=0.85,RMSEA=0.07						
SSF	0.50***	-	0.50***	0.53	0.36	0.18
BF	-0.35***	-	-0.35***	-0.63	-0.40	-0.23
SEF	0.13***	-	0.13***	0.70**	0.04	0.66**
CF	-	-	-	0.31	-	0.31
Structural equation fit	R^2 = 0.80			R^2 = 0.18		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์แยกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองที่ปรับแก้ของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ

Affected Variables	BF			CF			TPA		
Causal Variables	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
Chi-Square(χ^2) = 206.50, df=112, p=0.00, GFI=0.93, AGFI=0.90, RMSEA=0.05									
SSF	-	-	-	0.53***	-	0.53***	0.97*	0.52*	0.45*
BF	-	-	-	-0.27**	-	-0.27**	-0.86	-0.60*	-0.26*
SEF	-0.61***	-	-0.61***	0.32***	0.17*	0.15*	0.39*	0.03	0.36*
CF	-	-	-	-	-	-	1.22*	-	1.22*
Structural equation fit	R^2 = 0.72			R^2 = 0.81			R^2 = 0.52		

* p < .05; ** p < .01; ***p < .001

Note: GFI = Goodness of fit index, AGFI= Adjusted goodness of fit index

RMSEA = Root mean square error of approximation,

TE = ผลรวมอิทธิพล, IE = อิทธิพลทางอ้อม, DE = อิทธิพลทางตรง

SSF = การสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายที่มีรูปแบบ

BF = การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ

SEF = การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ

CF = เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ

TPA = พฤติกรรมออกกำลังกาย

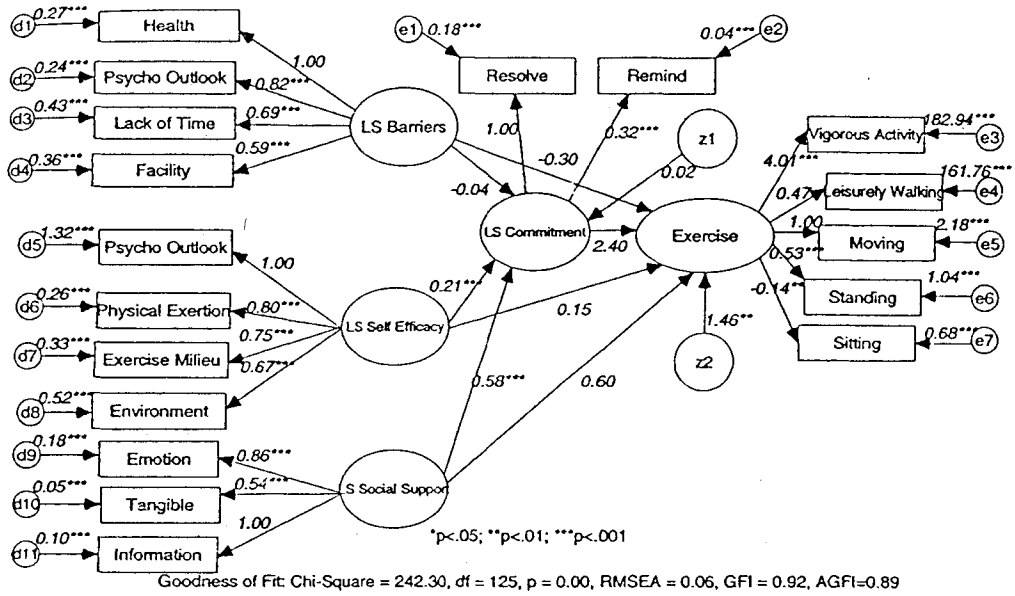


Figure 4 : A Hypothesized Model of Lifestyle Exercise Behavior

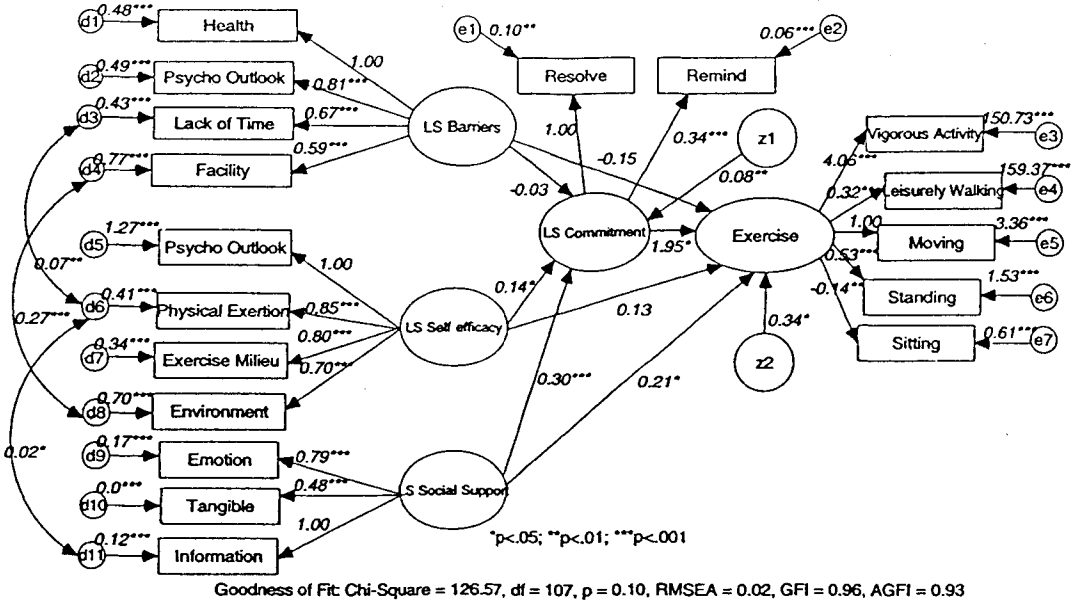


Figure 5 : A Modified Model of Lifestyle Exercise Behavior

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์แยกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองเต็มรูปของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ

Affected Variables	CIF			TPA		
Causal Variables	TE	IE	DE	TE	IE	DE
chi-square (χ^2) = 242.30, df=125, p=0.00, GFI=0.92, AGFI = 0.89, RMSEA=0.06						
SSIF	0.58***	-	0.58***	1.39*	0.79	0.60
BIF	-0.04	-	-0.04	-0.39	-0.09	-0.30
SEIF	0.21***	-	0.21***	0.51*	0.36	0.15
CIF	-	-	-	2.40	-	2.40
Structural equation fit	R^2 = 0.83			R^2 = 0.33		

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์แยกสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลองปรับแก้ของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ

Affected Variables	CIF			TPA		
Causal Variables	TE	IE	DE	TE	IE	DE
Chi-square(χ^2) = 126.57, df=107, p=0.10, GFI=0.96, AGFI=0.93, RMSEA=0.02						
SSIF	0.30***	-	0.30***	0.58*	0.37*	0.21*
BIF	-0.03***	-	-0.03***	-0.21	-0.06	-0.15
SEIF	0.14*	-	0.14*	0.39*	0.26*	0.13
CIF	-	-	-	1.95*	-	1.95*
Structural equation fit	R^2 = 0.84			R^2 = 0.32		

Note : * p<.05; ** p < .01; ***p < .001

Note : GFI = Goodness of fit index, AGFI= Adjusted goodness of fit index
RMSEA = Root mean square error of approximation,
TE = ผลรวมอิทธิพล, IE = อิทธิพลทางอ้อม, DE = อิทธิพลทางตรง
SSIF = การสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ
BIF = การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ
SEIF = การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ
CIF = เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ
TPA = พฤติกรรมออกกำลังกาย

2.1 แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอิทธิพลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบด้วยโปรแกรมลิสเรล ในแบบจำลองเต็มรูป (รูปที่ 2) พบว่า แบบจำลองยังไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 328.02, p = .000 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 125 ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMSEA) เท่ากับ .07 และดัชนีระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.89 และดัชนี AGFI เท่ากับ 0.85 (ตารางที่ 1) ดังนั้นผู้วิจัยได้ปรับแบบจำลองตามดัชนี MI (Modification indices) และเพิ่มเส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายไปยังตัวแปรการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกาย ผลการทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลองที่ปรับแล้ว (รูปที่ 3) พบว่า แบบจำลองที่ปรับแล้วสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีขึ้นกว่าแบบจำลองเต็มรูป โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 206.50 , p = .000 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 112 ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMSEA) เท่ากับ .05 และดัชนีระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.93 และดัชนี AGFI เท่ากับ 0.90 (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแบบจำลองการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = −0.27, p <.05) เส้นทางจากการรับรู้อุปสรรคด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = −0.26, p <.05) เส้นทางจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้อุปสรรคด้านออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = −0.61, p <.05) เส้นทางจากการสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.53, p <.05) เส้นทางจากการสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.45, p <.05) และเส้นทางจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.15, p <.05) (ดังตารางที่ 2)

2.2 แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอิทธิพลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ ด้วยโปรแกรมลิสเรลในแบบจำลองเต็มรูป (รูปที่ 4) พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 242.30 , p = .000 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 125 ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMSEA) เท่ากับ .06 และดัชนีระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.92 และดัชนี AGFI เท่ากับ 0.89 (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ปรับแบบจำลองตาม

ดัชนี MI (Modification indices) (รูปที่ 5) พบว่า แบบจำลองที่ปรับแล้วสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีขึ้นกว่าแบบจำลองเต็มรูป โดยมีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 126.57 , p = .10 ที่องศาอิสระ (df) เท่ากับ 107 ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMSEA) เท่ากับ .02 และดัชนีระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.96 และดัชนี AGFI เท่ากับ 0.93 (ตารางที่ 4)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแบบจำลองการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ พบว่า เส้นทางจากการสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.30, p <.001) เส้นทางจากเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 1.95, p <.05) เส้นทางจากกการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.26, p <.05) เส้นทางจากการสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.21, p <.05) และเส้นทางจากการสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.37, p <.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยประกอบด้วย การอภิปรายแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบกับพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ และการอภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้

การอภิปรายแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกาย

เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบที่ปรับแก้แล้ว มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีกว่าแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบที่ปรับแก้แล้ว อย่างไรก็ตามแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายทั้งสองยังคงต้องมีการทดสอบเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบจำลองต่อไป สำหรับความสามารถของแบบจำลองในการทำนายพฤติกรรมผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย พบว่า แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบสามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (R^2 = 52) ส่วนแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบสามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้น้อยกว่า (R^2 = 32) เนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาปรากฏการณ์ออกกำลังกายโดยใช้โมเดลส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ส่วนใหญ่มุ่งทดสอบโมเดล

พฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบและมีการพัฒนาแบบวัดที่เหมาะสมกับพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอำนาจการทำนายของทั้งสองแบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายทั้งสองมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (Pender, 1996)

การอภิปรายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรมออกกำลังกาย

ความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกาย

ผลการวิจัยแบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบและแบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ พบว่า เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 1.22, p <.05) และ (β = 1.95, p <.05) ตามลำดับ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายในระดับสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Fuchs, 1996) เนื่องจากการกำหนดเจตจำนงเป็นกระบวนการด้านการคิดรู้ที่มีจุดมุ่งหมายในการได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรรม (Dzewaltowski, 1994) โดยเฉพาะประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการออกกำลังกาย ทำให้เกิดแรงจูงใจในการกำหนดวิธีการต่าง ๆ และมีความตั้งใจสูงในการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบและไม่มีรูปแบบอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกาย

ผลการวิจัยแบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบและแบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.45, p <.05) และ (β = 0.21, p <.05) ตามลำดับ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงจึงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับสูง เนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจากครอบครัวและเพื่อนทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือ ดูแลด้านสิ่งของ อารมณ์และข้อมูลข่าวสารด้านการออกกำลังกายที่เพียงพอ (Nies et al, 1998) ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับและปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ (Duncan และ McAuley, 1993)

ความสัมพันธ์ทางอ้อมระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

แบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบและแบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายที่

ไม่มีรูปแบบ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางอ้อมในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.52, p <.001) และ (β = 0.37, p <.001) ตามลำดับ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายทั้งสองแบบจำลอง ไม่ได้เกิดจากปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายเพียงปัจจัยเดียว แต่เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายยังเป็นปัจจัยอีกตัวหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยเช่นกัน โดยทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านการออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจและกำหนดกลวิธีในการออกกำลังกายเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Fuchs, 1996)

ความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกาย

ผลการวิจัยในแบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางลบต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -0.26, p <.05) เนื่องจากกระบวนการโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีรูปแบบในระยะแรก เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดเมื่อย เป็นกิจกรรมที่ยากในการปฏิบัติ ต้องวางแผนจัดเวลา มีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย และต้องใช้ความพยายามในการออกกำลังกายตามความแรง ความถี่ ระยะเวลาของกิจกรรม (King, 1994, Laitakari, et al., 1996) อุปสรรคเหล่านี้มีผลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบจึงเป็นกิจกรรมที่ไม่สามารถผสมผสานไปกับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ ส่วนแบบจำลองพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางลบต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -0.15, p >.05) เนื่องจากกิจกรรมของการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติให้ผสมผสานไปในชีวิตประจำวัน หรือเป็นการออกกำลังกายที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัย ไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะและสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือสำหรับการออกกำลังกาย (Laitakari, et al., 1996) ซึ่งความพึงพอใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายชนิดนี้มากกว่าการรับรู้อุปสรรคจากการออกกำลังกาย (Aarts et al, 1997) ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ทางอ้อมระหว่างการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยในแบบจำลองของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = −0.60, p <.05) ดังนั้นทั้งการรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายและเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายที่มีรูปแบบเป็นกิจกรรมที่ไม่สามารถผสมผสานให้เข้ากับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้ เป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะและความตั้งใจสูงในการปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุมักจะไม่เกิดแรงจูงใจในการกำหนดแผนการออกกำลังกาย (Nies et al, 1998) และมีผลทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ผลการวิจัยในแบบจำลองของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β = −0.06, p >.05) เนื่องจากการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันซึ่งปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานานจนกลายเป็นนิสัย เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ยาก ไม่จำเป็นต้องใช้ความตั้งใจสูงในการปฏิบัติหรือไม่จำเป็นต้องมีการวางแผนหรือจัดตารางเวลา ดังนั้นผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายชนิดนี้ได้โดยอัตโนมัติ (Locke และ Latham, 1990)

ความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกาย

ผลการวิจัยในแบบจำลองของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.36, p <.05) เนื่องจากลักษณะของกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีรูปแบบต้องใช้ความพยายามตามระดับความแรง ระยะเวลา และความถี่ของกิจกรรม และเป็นกิจกรรมที่ต้องมีการจัดตารางเวลา วางแผนการออกกำลังกาย แต่ถ้าผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าตนเองสามารถออกกำลังกายที่มีรูปแบบได้ภายใต้อุปสรรคดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (McAuley, 1992) สำหรับผลการวิจัยในแบบจำลองของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางตรงในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.13, p >.05) เนื่องจากลักษณะของกิจกรรมไม่ยุ่งยาก ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษ เป็นกิจกรรมที่เอื้อต่อการปฏิบัติใน

ทุกเวลา และสถานที่ นอกจากนี้เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัยในชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องอาศัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งเป็นกระบวนการคิดรู้ในการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย

ความสัมพันธ์ทางอ้อมระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยในแบบจำลองของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางอ้อมกับพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.03, p >.05) เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายไม่สามารถเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายกับพฤติกรรมออกกำลังกาย เนื่องจากระยะของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุอาจอยู่ในระยะของพฤติกรรมที่ยั่งยืน (Maintenance phase) ปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความมั่นใจในความสามารถออกกำลังกายภายใต้อุปสรรคต่าง ๆ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายได้โดยไม่จำเป็นต้องมีความตั้งใจและวางแผนสร้างกลยุทธ์เพื่อจะทำให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตรงข้ามกับผลการวิจัยในแบบจำลองของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายมีอิทธิพลทางอ้อมกับพฤติกรรมออกกำลังกายโดยผ่านเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.26, p <.05) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันทำให้ผู้สูงอายุเกิดเจตจำนงหรือสร้างพันธะสัญญาต่องานที่รับผิดชอบและความรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัวของตนมีผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีรูปแบบสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านออกกำลังกาย และลดอุปสรรคในการออกกำลังกาย รวมทั้งพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลางของพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะทำให้เกิดความเข้าใจกระบวนการของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุมากขึ้น

2. พัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านออกกำลังกายและเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

3. ควรมีการนำแบบจำลองของพฤติกรรมออกกำลังกายที่มีรูปแบบและแบบจำลองของพฤติกรรมออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ ไปศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นต่อไป

4. ควรศึกษาวิจัยพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุตามระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บรรณานุกรม

วาสนา เถื่อนวงษ์. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Aarts, H. et al. (1997). Physical exercise habit: on the conceptualization and formation of habitual health behavior. **Health Education Research,** 12(3), 363-374.

Allison, M. and Keller, C. (1997). Physical activity in the early: Benefits and intervention strategies. **The Nursing Practitioner,** 22(8), 53-69.

Conn, V.S. (1998). Older women's beliefs about physical activity. **Public Health Nursing.** 15(5), 370-378.

Dishman, R. K. (1994). Motivating older adult to exercise. **Southern Medical Journal,** 87(5) supplement 1, s79-s82.

Dishman, R. K., Sallis, J. F. and Orenstrin, D. R. (1985). The determinants of physical activity and exercise. **Public Health Reports,** 100(2), 158-171.

Duncan, T. E. and McAuley, E. (1993). Social support and efficacy cognitions in exercise adherence: A latent growth curve analysis. **Journal of Behavioral Medicine,** 16(2), 199-217.

Dzewaltowski, D. A. (1994). Physical activity determinants : A social cognitive approach. **Medicine and Science in Sports and Exercise** 26(11): 1395-1399.

Fuchs, R. (1996). Causal model of physical exercise participation: testing the predictive power of the construct "pressure to change". **Journal of Applied Social Psychology,** 26(21), 1931-1960.

Inpang, M. (1999). **Exercise behaviors and barriers to exercise among the elderly in Kam phaeng Phet Province.** M.S.N. in Gerontological Nursing, Faculty of Graduate Studies. Chiang Mai University.

King, A. C. (1994). Community and public health approaches to the promotion of physical activity. **Medicine and Science in Sports and Exercise** 26(11): 1405-1412.

Laitakari, J. et al. (1996). Is long-term maintenance of health-related physical activity possible?: An analysis of concepts and evidence. **Health Education Research** 11(4): 463-477.

Locke, E. A. and Latham, G. P. (1990). **A theory of goal setting & Task performance.** Englewood Cliffs: Prentice Hall.

McAuley, E. (1992). The role of efficacy cognition in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. **Journal of Behavioral Medicine,** 15(1), 65-89.

Nies, M. A. et al. (1998). Facilitators, barriers, and strategies for exercise in European American woman in the community. **Public Health Nursing** 15(4): 263-272.

Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice.** 3rd ed. Stamford: Appleton & Lange.

Pate, R. R., et al. (1995). Physical activity and public health: A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sports and medicine. **The Journal of the American Medical Association,** 273(5), 402-407.

Robergs, R. A. and Roberts, S. O. (1997). **Exercise Physiology: Exercise, Performance, and Clinical Application.** St. Louis: Mosby.

WHO. (1998). **The word health report 1998: Life in the 21st century: A version for all.** Geneva: WHO.

บทปริทัศน์บทความเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ : องค์ความรู้ทางการพยาบาล และ แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

สมจิต ปทุมานนท์

ความเห็นทั่วไปเกี่ยวกับการวิจัยกับการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล

งานวิจัยนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของการวิจัยทางการพยาบาลที่เน้นการทดสอบสมมติฐาน/ทดสอบแบบจำลองโดยใช้สถิติขั้นสูง ให้ความสำคัญน้อยกับการพรรณาปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงลักษณะขององค์ความรู้ทางการพยาบาลแล้ว กระบวนทัศน์ในการสืบค้นความรู้ทางการพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานของ 2 กระบวนทัศน์ (Leddy,1998: 133)

กระบวนทัศน์แรกคือ กระบวนทัศน์ด้านปฏิฐานนิยม (The postivist paradigm) ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าความจริงมีอยู่แล้วในโลกไม่ใช่เกิดขึ้นจากการสร้างขึ้นของมนุษย์ แต่เกิดขึ้นเพราะมีสาเหตุนำ ในการวิจัยนักวิจัยจะทำความเข้าใจปรากฏการณ์และสาเหตุที่เกิดปรากฏการณ์ต่าง ๆ ตามกระบวนทัศน์นี้การออกแบบการวิจัยจะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

กระบวนทัศน์ที่สอง คือ กระบวนทัศน์ด้านธรรมชาตินิยม หรือปรากฏการณ์นิยม (Phenomenologic หรือ Constructivist paradigm) กระบวนทัศน์นี้มีความเชื่อว่าความจริงที่เกิดขึ้นไม่คงที่แน่นอน โดยเฉพาะอย่างการศึกษาเกี่ยวกับคนในบริบทต่าง ๆ กระบวนการสืบค้นความรู้เป็นแบบอุปนัยวิจัยหรือสืบหาความรู้ตามกระบวนทัศน์นี้ เป็นแบบอุปนัย (Inductive สืบค้นความรู้เป็นแบบอุปนัย (inductive process) เน้นที่ปรากฏการณ์ความเป็นองค์รวม การแปลผลปรากฏการณ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของตัวอย่างในการวิจัย ความรู้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อช่องว่างระหว่างผู้วิจัยกับผู้ที่เป็นตัวอย่างลดลง ถ้าเชื่อตามกระบวนทัศน์นี้การออกแบบการวิจัยจะเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในทางปฏิบัติผู้วิจัยไม่จำเป็นต้องออกแบบการวิจัยโดยใช้กระบวนทัศน์ใดกระบวนทัศน์หนึ่งแต่ควรพิจารณาลักษณะปัญหาหรือปรากฏการณ์

ที่จะทำวิจัยเป็นหลัก อาจจะออกแบบการวิจัยโดยยึดกระบวนทัศน์ใดกระบวนทัศน์หนึ่งหรือผสมผสานกระบวนทัศน์ทั้งสองเข้าด้วยกัน

จากกระบวนทัศน์การสืบค้นความรู้ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การออกแบบการวิจัยที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาผลการวิจัยอาจเพิ่มองค์ความรู้ได้ไม่ดีเท่าที่ควร

แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Study) ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบจำลองเชิงสาเหตุในการอธิบายพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยจำแนกพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นสองแบบ คือการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ (Leisure-time exercise) และการออกกำลังกายไม่มีรูปแบบ (Lifestyle exercise) การทดสอบแบบจำลองโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ LISREL ซึ่งผู้วิจารณ์มีข้อวิพากษ์ดังต่อไปนี้

จุดเด่น

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยศึกษาการออกกำลังกายที่มีรูปแบบ และไม่มีรูปแบบซึ่งการออกกำลังกายแบบหลังนี้ ได้เป็นที่สนใจของนักส่งเสริมสุขภาพ เพราะมีความสะดวกและเป็นไปได้มากกว่าที่จะส่งเสริมให้ออกกำลังกายแบบมีรูปแบบ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบจะทดแทนการออกกำลังกายแบบมีรูปแบบได้ แต่จะใช้เป็นจุดเริ่มต้นสำหรับผู้ที่ไม่มีเวลาหรือไม่สนใจการออกกำลังกายแบบมีรูปแบบ ได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 196) เชื่อว่าการส่งเสริมให้ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายได้เริ่มออกกำลังกายแบบไม่มีรูปแบบ จะช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การออกกำลังกายแบบมีรูปแบบได้ง่ายขึ้น
2. การทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุ หรือ Structural Equation Modeling (SEM) ที่ผู้วิจัยเลือกใช้โปรแกรมทางสถิติ LISREL ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ได้รับความนิยมในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ และเป็นโปรแกรมที่ได้รับการอ้างอิงมากในบทความที่เกี่ยวกับ SEM ซึ่งกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยการ Validating the measurement model และ Fitting the structural model (Pendhazur and Schmelkin, 1991 : 699)

จุดอ่อน/ข้อสังเกต

1. ปัญหานำมาสู่การวิจัยไม่สอดคล้องกับเขตแดนของความรู้ (State of the art) ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายซึ่ง Sonstroem (อ้างใน Pender, 1996 : 196) ได้กล่าวว่างานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการศึกษามากแต่ผลการวิจัยไม่มีความคงที่ ขึ้นอยู่กับตัวพยากรณ์ที่เลือกและลักษณะประชากรที่ศึกษา ประกอบกับความสามารถในการพยากรณ์ไม่สูงเท่าที่ควร จึงเสนอแนะว่าควรจะเปลี่ยนจากการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายเป็นการศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้ทฤษฎีต่างๆ เช่น state of change theory เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย
2. การกำหนดตัวแปรในแบบจำลองเชิงสาเหตุ ไม่ครอบคลุมตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลจากการวิจัยจึงสรุปไม่ได้ว่าเป็นการทดสอบทฤษฎีของเพนเดอร์ อย่างไรก็ดีผลการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรพยากรณ์สามารถอธิบายความแปรปรวนการออกกำลังกายแบบมีรูปแบบได้ร้อยละ 52 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของเพนเดอร์และคณะ หลายโครงการที่ใช้ตัวแปรพยากรณ์ครบหรือเกือบครบตามทฤษฎี และสามารถอธิบายความแปรปรวนการออกกำลังกายในประชากรกลุ่มต่างๆที่ศึกษาได้ระหว่าง ร้อยละ 23 ถึง ร้อยละ 59 (Pender, 1996:193)
3. ไม่ได้กำหนดเกณฑ์ในการเลือกตัวอย่าง จึงไม่ทราบว่าได้ศึกษากับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวด้วยหรือไม่ ทำให้ผลการวิจัยนำไปเปรียบเทียบกับการวิจัยอื่นๆที่กำหนดเกณฑ์ดังกล่าวไว้ได้
4. การเลือกใช้เครื่องมือในการวัดพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้แบบสำรวจกิจกรรมทางกายของเยล (Yale physical activity survey) ไม่น่าจะสอดคล้องกับคำจำกัดความของพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เพราะในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยไม่สามารถจำแนกได้ว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบมีรูปแบบ ไม่มีรูปแบบ และออกกำลังกายทั้งสองแบบ จำนวนเท่าใด
5. แนวคิดในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในส่วนการพรรณาข้อมูล (Descriptive Statistic) มีข้อที่สังเกตประเด็นต่างๆ คือ
   5.1 ไม่ทราบว่าได้แบ่งกลุ่มอายุตามเกณฑ์ตามทฤษฎีที่แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม หรือไม่เพราะการนำเสนอข้อมูลระบุว่าผู้สูงอายุร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 60-87 ปี

จึงไม่ทราบว่าผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างมีอายุสูงสุดเท่าใด เพราะผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดให้อายุเป็นตัวแปรอยู่ในกรอบแนวคิดการวิจัย (แบบจำลองเชิงสาเหตุ)

5.2 ไม่ได้พรรณนาผลการวัดตัวแปรพยากรณ์ และการพรรณนาตัวแปรตาม (พฤติกรรมการออกกำลังกาย) ไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความและเครื่องมือที่ใช้วัด เช่น พรรณนาข้อมูลว่า "ตัวอย่างร้อยละ 59 ไม่ออกกำลังกายและกลุ่มตัวอย่าง ออกกำลังกายที่ต้องออกแรงในระดับเบาและระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 38.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23 ออกกำลังกายคนเดียว และร้อยละ 16.70 ออกกำลังกายกับเพื่อน"

6. การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของการทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุ ไม่ได้ตอบวัตถุประสงค์ที่กำหนดว่าจะทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุพฤติกรรมการออกกำลังกายในแต่ละรูปแบบ เพราะในแบบจำลองทั้งสอง latent endogenous variable (พฤติกรรมการออกกำลังกาย) ใช้ตัวชี้วัดกลุ่มเดียวกันจึงคาดว่าผู้วิจัยน่าจะใช้ค่าจากการวัดค่าเดียวกันในการวิเคราะห์แบบจำลองทั้งสอง ส่วนตัวแปรพยากรณ์ หรือ latent exogenous variables อื่นๆ ใช้ค่าแตกต่างกัน เพราะผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นใหม่ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่มีรูปแบบ

7. การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะในการวิจัย มีข้อสังเกตดังนี้ คือ

7.1 ไม่มีการอภิปรายผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงพรรณาข้อมูล ทำให้ไม่ทราบว่าผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการวิจัยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การได้รับการสนันสนุนทางสังคมด้านออกกำลังกาย และเจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกายอย่างไร ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุไม่สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนให้บริการหรือเป็นข้อมูลอ้างอิงได้

7.2 การเขียนข้อเสนอแนะในการวิจัย เน้นให้ทำการวิจัยต่อเนื่อง ไม่มีการเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล จึงขาดความเชื่อมโยงระหว่างการวิจัยกับการปฏิบัติ

สรุป

โดยสรุปรายงานการวิจัยที่ปริทัศน์เรื่องนี้ถึงแม้ว่าจะมีจุดอ่อนในการออกแบบการวิจัยอยู่บ้าง ผลการวิจัยก็เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลถ้าได้นำเสนอผลการวัดตัวแปรที่

ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และควรอภิปรายและเสนอแนะผลการวิจัยให้เชื่อมโยงกับการปฏิบัติพยาบาลและให้สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

Leddy, S.K.(1998). **Conceptual Base of Professional Nursing.** Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Pender, N.J.(1996). **Health Promotion in Nursing Practice.** Connecticut: Applenton & Lange.

Pendhazer E.J. and Schmelkin L.P.(1991). **Measurement, Design and Analysis: An Integrated Approach.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Accociate. Inc.

บทปริทัศน์บทความเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ: องค์ความรู้ทางการพยาบาล และ แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ศิริชัย กาญจนวาสี

เอกสารที่ให้พิจารณามีอยู่ 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นข้อเขียนถึงการส่งเสริมสุขภาพ: องค์ความรู้ทางการพยาบาลของท่านอาจารย์ชื่นชม ส่วนที่สองเป็นรายงานการวิจัย เรื่อง แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครของท่านอาจารย์ประภาพร ซึ่งจะให้ทัศนะทั้งสองเรื่องดังต่อไปนี้

ใน**เรื่องแรก**เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ: องค์ความรู้ทางการพยาบาล จากการอ่านเอกสารชิ้นนี้ สิ่งที่ได้คือกรอบปัจจัยของการส่งเสริมสุขภาพในเชิงทฤษฎีกล่าวคือ ได้เห็นภาพรวมภาพใหญ่เชิงมหัพภาค ถ้าผู้อ่านคาดหวังในเรื่องนี้ว่าต้องการทราบทฤษฎีสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ทฤษฎีของเพนเดอร์เป็นหลัก ผู้อ่านก็น่าจะสมหวัง แต่ถ้าคาดการณ์ถึงรายละเอียดในเชิงการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพในลักษณะที่เป็นรูปธรรม ต้องการทราบทิศทางแนวคิดแนวปฏิบัติอาจจะไม่สมหวังในส่วนนี้ เพราะฉะนั้นเมื่อพิจารณาชื่อเรื่องจะมีลักษณะของการขาด face validity เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สำหรับประเด็นที่นำเสนอในเอกสารนี้ค่อนข้างสั้น กระชับ ในส่วนของประวัติความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ ผู้เขียนได้ศึกษาและได้อ้างอิงถึงการแบ่งยุคของการส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 5 ยุค แต่สิ่งที่ยังมองไม่ค่อยชัดเจนก็คือ ในแต่ละยุคแนวคิดแนวทางส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ มีความเชื่อมโยงกันอย่างไร อาจารย์เขียนไว้ค่อนข้างสั้นเกี่ยวกับวิวัฒนาการ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ก็เป็นไปในลักษณะคล้ายกันโดยอ้างอิงถึงการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ซึ่งเคยจัดมาแล้ว 4 ครั้ง เอกสารนี้จะมีคุณค่าเพิ่มขึ้นมากถ้าได้วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพจากการประชุมนานาชาติแต่ละครั้งและแนวโน้มว่าโดยสรุปเป็นไปในทิศทางใดและมีการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างไร ลักษณะใดที่น่าจะนำมาวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับพัฒนาการของการป้องกันโรคบทความได้กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมการป้องกันโรคว่ามีอยู่สองระยะคือ ระยะของการตัดสินใจกับระยะของการ

แสดงพฤติกรรม ในระยะแรกเป็นขั้นตอนการตัดสินใจ สิ่งที่ได้จากการอ่านรูปแบบนี้ ผู้อ่านอาจจะคาดหวังว่าถ้าเป็นผู้ที่กำลังจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคใดโรคหนึ่งก็คงอยากจะทราบถึงแนวทางการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคว่าต้องตัดสินใจอะไรบ้าง แนวทางของการตัดสินใจจะเป็นอย่างไร ส่วนระยะที่สองขั้นตอนของการแสดงพฤติกรรมที่จะป้องกันโรค ในกรอบแนวคิดที่เสนอผู้อ่านคงยังมองไม่เห็นว่าจะนำไปปฏิบัติอย่างไร สำหรับรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นทฤษฎีได้นำเสนอเพียงแนวคิดเดียว แสดงว่าผู้เขียนค่อนข้างจะดิ่งเดียวและสนใจในกรอบแนวคิดนี้เป็นพิเศษ ภายใต้รูปแบบที่นำเสนอมีลักษณะเป็นโมเดลเชิงสาเหตุ (causal model) ลักษณะของโมเดลเชิงสาเหตุควรแสดงไดอะแกรมที่ชัดเจนระหว่างตัวแปรที่เป็นตัวต้นเหตุ (exogeneous variable) ที่นำไปสู่ตัวแปรสอดแทรก (intervening variable) และการเชื่อมโยงไปสู่ตัวแปรตามที่สนใจได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) พร้อมทั้งคำอธิบายถึงระบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว แต่ที่เห็นเป็นเพียงตัวโครงสร้าง ส่วนรายละเอียดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรยังเห็นไม่ชัด ในมหัพภาค (macro) ได้ความรู้จากบทความนี้ แต่ในแง่ของรายละเอียดและความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอยังเห็นไม่ชัดเจนนัก

ส่วนที่สองเป็นรายงานวิจัย ผลงานวิจัยชิ้นนี้ตอบได้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ ในแง่ของการออกแบบเหมาะสมสำหรับการวิจัยเชิงสาเหตุ ถึงแม้จะอิงหรือเน้นทดสอบทฤษฎีของเพนเดอร์ เป็นหลัก เพราะฉะนั้นประโยชน์หรือคุณค่าขององค์ความรู้ที่ได้จึงอยู่ภายใต้ทฤษฎีนี้เป็นหลักเท่านั้น ลักษณะการนำเสนอรายงานมีจุดที่ขอกล่าวถึงอยู่สองประเด็น ใน**ประเด็นแรก**เห็นด้วยกับผู้ปริทัศน์ท่านแรกว่างานวิจัยยังขาดการเสนอในเชิงบรรยายตัวแปรสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย ยังไม่เห็นรายละเอียด ตัวอย่างเช่น ควรนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรก เบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด ปวดหลัง เป็นโรคที่น่าสนใจคนอายุไม่มากก็เป็นมากด้วยเหมือนกัน เพราะฉะนั้นสารสนเทศเกี่ยวกับตัวแปรต้น ตัวแปรสอดแทรก และตัวแปรตามโดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกาย 4 ลักษณะ สิ่งเหล่านี้ยังไม่ได้บรรยายให้ผู้อ่านเห็นรายละเอียดอันเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับทำความเข้าใจโมเดลเชิงสาเหตุ อาจเป็นเพราะผู้วิจัยต้องการที่จะแสดงโมเดลการวิเคราะห์ LISREL เลยทำให้ละเลย descriptive statistics ในส่วนนี้มีความจำเป็นจะต้องนำเสนอให้ผู้อ่านได้รับรู้ทั้งตัวแปรต้น ตัวแปรสอดแทรก และตัวแปรตาม จะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่นำไปสู่พฤติกรรมการออกกำลังกายได้ดียิ่งขึ้น **ประเด็นที่สอง** เกี่ยวกับการวัดตัวแปรและการเรียกชื่อตัวแปร เนื่องจากมีการใช้โมเดลการวิเคราะห์ LISREL สิ่งที่เป็นตัวแปรแฝงที่ผู้วิจัยดึงเข้ามาตามทฤษฎีได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social support) การรับรู้อุปสรรคการออกกำลังกาย (barrier) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย (self-efficacy) เจตจำนงต่อแผนการออกกำลังกาย

(commitment) และตัวสุดท้ายคือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ลักษณะตามธรรมชาติของ 4 ตัวแรกเป็นตัวแปรแฝง (latent variables) แต่ตัวสุดท้าย คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยการตั้งชื่อลักษณะนี้น่าจะใช้กับตัวแปรที่สังเกตได้ (manifest variable) ดังนั้น ชื่อตัวแปรแฝงตัวสุดท้ายนี้น่าจะเป็น "สภาวะการออกกำลังกาย" หรืออาจจะเป็น "สภาพการออกกำลังกาย" หรือไม่ สุดท้ายจากสิ่งที่ผู้วิจัยค้นพบ สามารถเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไปได้อีก เช่น ความเชื่อมโยงระหว่างสภาวะของการออกกำลังกายกับสุขภาพจริงๆ เป็นอย่างไร สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของตัวเอง จะนำไปสู่ลักษณะสุขภาพที่เป็นจริงของเขาหรือไม่ และมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันมากน้อยแค่ไหนและอย่างไร