

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม พ. ศ 2543 ถึงวันที่ 7 มิถุนายน พ. ศ 2543 ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้าน
- ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้ง โดยรวมและรายด้าน
- ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 100 ราย จำแนกตามเพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังแสดงในรูปของตารางประกอบคำบรรยายตารางที่ 1 ดังนี้คือ

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n= 100)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	54	54
หญิง	46	46
ศาสนา		
พุทธ	100	100
สถานภาพสมรส		
โสด	2	2
คู่	68	68
หม้าย	30	30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	12	12
ประถมศึกษา	63	63
มัธยมศึกษา	13	13
ประกาศนียบัตร/อาชีวศึกษา	8	8
ปริญญาตรีและสูงกว่า	4	4

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 54 และ ร้อยละ 46 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.54 ปี (S.D = 4.85) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมดและมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาน้อยและไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75

ตารางที่ 1 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n= 100)	ร้อยละ
รายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือน		
ไม่แน่นอน	20	20
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	54	54
5,001 - 10,000 บาท	17	17
มากกว่า 10,000 บาท	9	9
แหล่งที่มาของรายได้		
บุตรหรือหลาน	86	86
เงินบำนาญ	10	10
ประกอบอาชีพ	4	4
ผู้อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ		
คู่สมรส	16	16
*ครอบครัว	80	80
ญาติพี่น้อง	1	1
อยู่ตามลำพัง	3	3

* หมายเหตุ : ครอบครัว ได้แก่ สามีนหรือภรรยา บุตรหรือหลาน

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาคือมีรายได้ไม่แน่นอนคิดเป็นร้อยละ 20 และแหล่งที่มาของรายได้คือจากบุตรหรือหลานเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 86 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้ง 4 ด้านคือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากร โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งโดยรวมและรายด้านด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมทั้งการจัดระดับของการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนน	\bar{X}	SD	ระดับ
โดยรวม	20 - 80	67.08	8.49	สูง
รายด้าน				
ด้านอารมณ์	5 - 20	18.31	2.57	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	5 - 20	15.76	4.45	สูง
ด้านการประเมินค่า	5 - 20	15.61	3.19	สูง
ด้านทรัพยากร	5 - 20	17.40	2.77	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ 67.08 (S.D = 8.49) ซึ่งมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 18.31 (S.D = 2.57) ซึ่งอยู่ในระดับสูง แต่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนด้านการประเมินค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 15.61 (SD = 3.19) แต่อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวม และรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	84	(84)	15	(15)	1	(1)
รายด้าน						
ด้านอารมณ์	91	(91)	6	(6)	3	(3)
ด้านข้อมูลข่าวสาร	53	(53)	29	(29)	18	(18)
ด้านการประเมินค่า	59	(59)	33	(33)	8	(8)
ด้านทรัพยากร	79	(79)	18	(18)	3	(3)

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 84 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับสูง จำนวนมากที่สุดคือ 91 คนคิดเป็นร้อยละ 91 และได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูง จำนวนน้อยที่สุด 53 คนคิดเป็นร้อยละ 53

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ด้านคือความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งโดยรวมและรายด้าน ด้วยวิธีการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและจัดระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ช่วงคะแนน	\bar{X}	SD	ระดับ
โดยรวม	46-184	145.52	10.50	สูง
รายด้าน				
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	9-36	29.40	3.03	สูง
กิจกรรมทางกาย	7-28	21.92	3.09	สูง
โภชนาการ	9-36	32.02	2.47	สูง
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	7-28	21.31	3.33	สูง
การเจริญทางจิตวิญญาณ	7-28	20.07	3.66	ปานกลาง
การจัดการกับความเครียด	7-28	20.80	3.01	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 145.52 (S.D = 10.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมากที่สุดเท่ากับ 32.02 (S.D = 2.47) ซึ่งอยู่ในระดับสูง แต่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณน้อยที่สุดเท่ากับ 20.07 (SD = 3.66) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวม และรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระดับ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	75	(75)	25	(25)	0	(0)
รายด้าน						
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	77	(77)	23	(23)	0	(0)
กิจกรรมทางกาย	59	(59)	41	(41)	0	(0)
โภชนาการ	94	(94)	6	(6)	0	(0)
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	51	(51)	45	(45)	4	(4)
การเจริญทางจิตวิญญาณ	34	(34)	59	(59)	7	(7)
การจัดการกับความเครียด	35	(35)	63	(63)	2	(2)

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงจำนวน 75 คนคิดเป็นร้อยละ 75 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูงจำนวนมากที่สุดคือจำนวน 94 คนหรือร้อยละ 94 แต่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการเจริญทางจิตวิญญาณในระดับสูงจำนวนน้อยคือ จำนวน 51, 35, 34 คน คิดเป็นร้อยละ 51, 35, 34 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เมื่อทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในรูปตารางที่ 6 ดังนี้คือ

ตารางที่ 6

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.51 **	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน		
ด้านอารมณ์	.35 **	ระดับต่ำ
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.34 **	ระดับต่ำ
ด้านการประเมินค่า	.36 **	ระดับต่ำ
ด้านทรัพยากร	.26 **	ระดับต่ำ

** $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($r = .51, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($r = .35, .34, .36, .26, p < .01$)

การอภิปรายผล

ผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 54 คน (ร้อยละ 54) และเพศหญิง 46 คน (ร้อยละ 46) มีอายุระหว่าง 60-75 ปี (อายุเฉลี่ย 68.54 ปี) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมดและมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวมากกว่าอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 80) ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวจะเป็นหน่วยย่อยที่สุดของสังคม และลักษณะของครอบครัวไทยจะเป็นแบบครอบครัวขยายที่มีบิดามารดาและบุตรหลานอาศัยอยู่ร่วมกัน (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) จากการศึกษาของกัญญา บุตรจันทร์ (2542) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.50 และอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 48.50 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาน้อยอยู่ในระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา (ร้อยละ 75) และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท (ร้อยละ 54) โดยมีแหล่งของรายได้มาจากบุตรหรือหลานเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายเสื่อมถอยลง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติหรือการเกษียณอายุการทำงาน ประกอบกับค่านิยมของสังคมไทยที่กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลจากบุตรหลานเมื่อมีอายุมากขึ้น (กันขรัตน์ อุบลวรรณ, 2540) ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานดังมีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งโดยรวมและรายด้าน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.08 (S.D = 8.49) (ตารางที่ 2) จำนวน 84 รายหรือร้อยละ 84 (ตารางที่ 3) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่โดยมีแหล่งที่มาของรายได้จากบุตรหรือหลาน (ตารางที่ 1) ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆจากเครือข่ายทางสังคมเช่น คู่สมรส บุคคลในครอบครัว และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดี และได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากครอบครัวในยามที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของบราวน์ (Brown, 1986) ที่กล่าวว่าเครือข่ายทางสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุดและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุดรองลงมาคือกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน จากการศึกษาของสุพัตรา

สุภาพ (2531) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวชายจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว และการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวชาย มีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.31 (S.D = 2.57) (ตารางที่ 2) ที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่นๆคือจำนวน 91 รายหรือร้อยละ 91 (ตารางที่ 3) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก ความห่วงใยและเห็นอกเห็นใจ และมีคนคอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจำนวน 93 รายหรือร้อยละ 93 ได้รับคำปลอบโยนและกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดจำนวน 86 รายหรือร้อยละ 86 (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนด้านอารมณ์จะมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย หรือผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์มากกว่าการสนับสนุนในด้านอื่นๆ (Wortman & Conway, 1985) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้และให้ความหมายของการเจ็บป่วยเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและน่ากลัว เป็นโรคที่รักษายากซึ่งอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ง่าย (ชวนพิศ ทานอง, 2541) จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้และเมื่อนำยชีวิตซึ่งมีผลทางด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่เพียงพอและเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ด้วยตนเองว่า มีคนรักและห่วงใย คอยดูแลเอาใจใส่และปลอบโยนให้กำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป (Cobb, 1976) ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ บุตรเขียว (2538) พบว่าผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 184 ราย ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.76 (SD = 4.45) (ตารางที่ 2) จำนวนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่นๆคือจำนวน 53 รายหรือร้อยละ 53 (ตารางที่ 3) พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองจากบุคลากรในทีมสุขภาพน้อย ในขณะที่รอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ที่คลินิกโรคหัวใจได้แก่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่จำนวน 49 รายหรือร้อยละ 49 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษา จำนวน 46 รายหรือร้อยละ 46 รวมทั้งการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมาใช้บริการของโรงพยาบาล จำนวน 45 รายหรือร้อยละ 45 (ภาค

ผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากมารับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจจึงทำให้แพทย์และพยาบาลมีเวลาจำกัดในตรวจรักษาและให้คำแนะนำด้านต่างๆแก่ผู้ป่วย แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูงอาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการพัฒนาด้านสื่อสารในปัจจุบันจึงทำให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างแพร่หลายจากสื่อต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสวงหาความรู้และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ด้วยตนเองมากขึ้น นอกเหนือจากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของวันดี แคมจันทร์ฉาย (2538) พบว่าผู้สูงอายุปกติส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุและโทรทัศน์มากกว่า และจะพูดคุยปรึกษาเกี่ยวกับแพทย์และพยาบาลก็ต่อเมื่อตนเองมีความเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติเท่านั้น

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนด้านการประเมินค่าอยู่ในระดับสูง จำนวน 59 รายหรือร้อยละ 59 (ตารางที่ 3) และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.61 (SD = 3.19) (ตารางที่ 2) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำหรือคำคัดเตือนเมื่อปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ จำนวน 68 รายหรือร้อยละ 68 และมีบุคคลใกล้ชิดหรือบุคลากรในทีมสุขภาพยอมรับฟังความคิดเห็นและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 รายหรือร้อยละ 68 (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ดีว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากมายที่คอยถ่ายทอดทักษะความรู้ ความชำนาญด้านต่างๆสู่คนรุ่นหลัง ได้รับการยกย่อง ให้เกียรติ ให้ความรัก ความอบอุ่นตลอดจนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทต่างๆในสังคมในฐานะผู้มีอาวุโสกว่าซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าตนเองและมีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป (สุเมธ คันดิเวชกุล, 2542) การได้รับการยกย่องชมเชยในความสามารถและความสำเร็จ หรือการให้ความเคารพนับถือจากเครือข่ายทางสังคมต่างๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับและต้องการของสังคม การที่ผู้สูงอายุมีเวลาว่างและให้คำปรึกษาแก่บุตรหลานอยู่เสมอจะสามารถสร้างความรัก ความมั่นใจและเป็นที่ยิ่งของบุตรหลานได้พร้อมทั้งได้รับการยอมรับจากบุตรหลานตามมา (กุลยา คันดิผลาชีวะ, 2536) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิล สัทยาและจุฑารัตน์ สติธิปัญญา (2540) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนด้านการประเมินค่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .53$)

การสนับสนุนด้านทรัพยากร จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนด้านทรัพยากรอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.40 (S.D = 2.77) (ตารางที่ 2) เป็นจำนวนมากกว่ารองจากการสนับสนุนด้านอารมณ์คือ จำนวน 79 รายหรือร้อยละ 79 (ตารางที่ 3) โดยพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างจะได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆจากบุคคลในครอบครัว เช่น พาไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ จำนวน 76 รายหรือร้อยละ 76 ช่วยเหลือทางการเงิน จำนวน 73 ราย หรือร้อยละ 73 และจัดหาอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรคให้รับประทานจำนวน 67 ราย หรือร้อยละ 67 (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวและมีแหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตรหรือหลาน (ตารางที่ 1) และลักษณะของครอบครัวไทยนครมีหน้าที่คอยดูแลเอาใจใส่บิดามารดาเมื่อชราภาพ ประกอบกับค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูทวดที่ต่อผู้มีพระคุณ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนปัจจัยต่างๆที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตเช่น อาหาร ที่อยู่อาศัยตลอดจนด้านการเงินหรือสิ่งของต่างๆ (บรรลุ ศิริพานิช, 2532) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยายจะมีความผูกพันซึ่งกันและกัน และเป็นความสัมพันธ์ในสายเลือดที่แน่นแฟ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการเกื้อหนุนในด้านต่างๆที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (Tan Poo, 1992) จากการศึกษาของเนอร์, วอลฮากน, โคลิดเคิล, และกาลินสกี (Nir, Wallhagen, Doolittle, & Galinsky, 1997) พบว่าบุตรเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของเพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา (2541) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัวคือ คู่สมรส บุตรและหลาน โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาล และจะมีญาติซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเช่น บุตร หลาน พี่น้อง เป็นผู้พาผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลทุกครั้ง และคอยให้ความช่วยเหลือในขณะรับการตรวจจากแพทย์ และภายหลังการตรวจ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของวิล สตีพเพนและจูลาร์ตัน สติร์ปีญญา (2540) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนด้านทรัพยากรอยู่ในระดับสูงรองจากการสนับสนุนด้านอารมณ์

วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงจำนวน 75 ราย (ตารางที่ 5) และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 145.52 (S.D = 10.50) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ที่ไม่มีอาการรุนแรงของโรคและไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เป็นอันตราย และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ถือว่าเป็นวัยที่ยังมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้และมีการพึ่งพาตนเองดี (Yurick et al., 1980) และผู้ป่วยมีการรับรู้ที่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่มีความรุนแรงและทรมาณ ซึ่งมีผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงรีบจัดการรักษาและเฝ้าคอยดูอาการ ปรึกษาประคองชีวิต

ให้อยู่รอดโดยไปรับการรักษาย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต (ชวนพิศ ทานอง, 2541) จากผลการศึกษาของวอล์คเกอร์, วอลแกน, ซีคริสท์, และเพนเดอร์ (Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988) ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางพบว่า ผู้สูงอายุจะมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงสุด เนื่องจากผู้สูงอายุจะคำนึงถึงภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อมีอายุมากขึ้น และจะมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่ดีเพื่อช่วยให้ตนเองดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้านดังนี้

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับสูงจำนวน 77 รายหรือร้อยละ 77 (ตารางที่ 5) และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.40 (S.D = 3.03) (ตารางที่ 4) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 รายหรือร้อยละ 98 มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานยาตรงตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอจำนวน 98 รายหรือร้อยละ 98 ตลอดจนสามารถดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอได้แก่ การงดสูบบุหรี่จำนวน 96 รายหรือร้อยละ 96 หลีกเลี้ยงอยู่ในที่ๆมีอากาศร้อนหรือเย็นมากเกินไปจำนวน 91 รายหรือร้อยละ 91 และรู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกายตลอดจนบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์และพยาบาลทราบจำนวน 88 รายหรือร้อยละ 88 (ภาคผนวก จ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากการมารับการตรวจรักษาตามนัด รวมทั้งได้รับข้อมูลจากการกระจายข้อมูลข่าวสารในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากขึ้นตามสื่อต่างๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ได้จากสื่อต่างๆเช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือได้รับข้อมูลจากการซักถามบุคลากรในทีมสุขภาพหรือกลุ่มเพื่อน หรือกลุ่มชมรมต่างๆ หรือจากกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา (2541) พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพดี เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย และจะมาพบแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติเกี่ยวกับกระดูกและข้อ

กิจกรรมทางด้านร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงจำนวน 59 รายหรือร้อยละ 59 (ตารางที่ 5) และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.92 (SD = 3.09) (ตารางที่ 4) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเองได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอได้แก่ในขณะออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ หากมีอาการเจ็บอก ใจสั่น เหนื่อยล้า หายใจไม่สะดวก ให้หยุดพักทันทีจำนวน 85 รายหรือร้อยละ 85 และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากเช่น การยกของ

หนักหรือเดินบนทางลาดชันจำนวน 73 รายหรือร้อยละ 73 และใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมที่คนชอบเช่นการทำงานบ้านเบาๆ ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้จำนวน 64 รายหรือร้อยละ 64 (ภาคผนวก จ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการรุนแรงของโรค และไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เป็นอันตรายจึงสามารถออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆตามปกติได้ และจากการได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายที่ช่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น จากผลการศึกษาของคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2541) พบว่าผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือทั้งชายและหญิงมีการใช้เวลาว่างในการทำงานบ้านหรือทำหน้าที่ดูแลเด็กค้ำ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากการออกกำลังกายที่ช่วยให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมดูโทรทัศน์และฟังวิทยุเป็นประจำ จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารในด้านการออกกำลังกายและด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

โภชนาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับสูงที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ คือ จำนวน 94 รายคิดเป็นร้อยละ 94 (ตารางที่ 5) และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.02 (SD = 2.47) (ตารางที่ 4) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับประทานผักและผลไม้อย่างสม่ำเสมอจำนวน 70 รายหรือร้อยละ 70 และนิยมใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหารอย่างสม่ำเสมอจำนวน 92 รายหรือร้อยละ 92 รวมทั้งหลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่มีอัลกอฮอล์ผสมอยู่ จำนวน 91 รายหรือร้อยละ 91 (ภาคผนวก จ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ตารางที่ 1) ที่มีบุคคลในครอบครัวเช่น คู่สมรส บุตรหรือหลานคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ในเรื่องการจัดเตรียมอาหารที่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่มีคุณภาพประโยชน์ต่อร่างกาย และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ พร้อมทั้งยังได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆเช่น หนังสือ เอกสารสิ่งพิมพ์ต่างๆ วิทยุและโทรทัศน์ ที่มรรรงค์ในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน การโน้มน้าวจิตใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารที่ได้จากสื่อต่างๆเช่น หนังสือสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ วารสารและเอกสารทางวิชาการต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดทักษะความรู้ที่ดีได้ (คมสัน หุตะแพทย์, 2535)

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงจำนวน 51 รายคิดเป็นร้อยละ 51 (ตารางที่ 5) และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.31 (SD = 3.33) (ตารางที่ 4) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการพบปะ สังสรรค์และพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวอย่างสม่ำเสมอจำนวน 87 รายหรือร้อยละ 87 และร่วมทำกิจกรรมในบ้าน

ร่วมกับบุคคลในครอบครัวเช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ หรือทำงานอดิเรกอื่น ๆ ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 78 รายหรือร้อยละ 78 (ภาคผนวก จ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวที่ประกอบด้วยคู่สมรส บุตรหรือหลาน (ตารางที่ 1) และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวและสังคมรอบๆบ้าน และส่วนใหญ่จะมีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ใกล้เคียง ซึ่งมีการติดต่อกันอยู่เสมอตลอดจนมาเยี่ยมเยียนในยามที่เจ็บป่วยที่เป็นลักษณะของสังคมไทย ในศาสนาพุทธมีคำสอนให้ชาวพุทธทั้งหลายมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันแก่กันในสังคมโดยทั่วไป เพื่อให้ตนเองและผู้อื่นอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (วิเชียร ชานบุตร, 2535) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากผู้อื่นเช่น คำแนะนำ คำปรึกษาหรือคำปลอบโยน ให้กำลังใจ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมเพื่อช่วยบรรเทาความเครียดและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือและมีเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น (Pender, 1996) แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและกิจกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณีในหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอจำนวนน้อยคือจำนวน 44, 34 ราย ตามลำดับ และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 รายหรือร้อยละ 61 ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆเช่น ชมรมผู้สูงอายุ โดยระบุเหตุผลว่าตนเองไม่สามารถเดินทางไปร่วมกิจกรรมตามคำฟังได้และมีสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยเช่น มีโรคข้อเข่าเสื่อม หูไม่ค่อยได้ยินหรือมีสายตามองเห็นไม่ชัดเจน ส่วนบางรายไม่สนใจในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเพราะไม่ศรัทธาต่อผู้นำของชมรมทำให้ผู้สูงอายุอยู่ห่างจากสังคมและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมน้อยลง ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี ต้นศิริ, พัสมณท์ คุ่มทวีพรและกันยา ออประเสริฐ (2539) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวทั้งกับผู้สูงอายุด้วยกันและบุตรหลาน แต่มีสัมพันธภาพในสังคมในระดับที่ควรมีการปรับปรุง

การเจริญทางจิตวิญญาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 59 รายหรือร้อยละ 59 (ตารางที่ 5) และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.07 (SD = 3.66) (ตารางที่ 4) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 รายหรือร้อยละ 98 เข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับความจริงของชีวิตคือ การเกิด แก่ เจ็บและตาย เป็นเรื่องตามกฎของธรรมชาติ อย่างสม่ำเสมอ และรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จำนวน 95 รายหรือร้อยละ 95 แต่กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เป็นไปได้อย่างสม่ำเสมอ จำนวน 11 รายหรือร้อยละ 11 และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จำนวน 8 รายหรือร้อยละ 8 (ภาคผนวก จ) ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่า ตนเองมีอายุมากแล้ว ไม่คิดหวังหรือตั้งเป้าหมายในเรื่องใดๆอีกเพราะตนเองมีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่

อันเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ และยึดถือคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเช่น การไหว้พระ สวดมนต์ การทำสมาธิก่อนนอนเพื่อช่วยจิตใจสงบ การอ่านหนังสือธรรมะ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่เกิดตามธรรมชาติ และไม่ว่านหรือยึดติดกับสิ่งใดๆ ทำให้สามารถหลุดพ้นจากความทุกข์และอยู่อย่างสงบสุขได้ ศาสนาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิตของผู้สูงอายุ และมีส่วนช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ โดยเชื่อว่าพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายจะคอยคุ้มครองและเป็นกำลังใจให้ ทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่และมีสุขภาพที่แข็งแรงอันเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญในชีวิต (Markides, 1983)

การจัดการกับความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 63 รายหรือร้อยละ 63 (ตารางที่ 5) และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.80 (SD = 3.01) (ตารางที่ 4) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดคือการรู้จักปล่อยวางและไม่คิดวิตกกังวลกับปัญหาอย่างสม่ำเสมอจำนวน 61 รายหรือร้อยละ 61 และยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 61 รายหรือร้อยละ 61 สำหรับวิธีผ่อนคลายความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ได้อย่างสม่ำเสมอคือ การไปเที่ยวพักผ่อนตามที่ต่างๆ หรือการทำงานอดิเรกต่างๆที่ตนชอบเช่น การทำงานบ้าน ทำสวน รดน้ำต้นไม้ ปลูกต้นไม้ จำนวน 48 รายหรือร้อยละ 48 (ภาคผนวก จ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ตารางที่ 1) ที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะเป็นประโยชน์ที่ช่วยในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Pender, 1996) และกลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวเมื่อมีระยะเวลาเจ็บป่วยนานขึ้น เมื่อระยะเวลาที่ผ่านไปภายหลังเจ็บป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น (Kottket, 1982 ; Bell, 1977) นอกจากนี้แล้วการที่กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธและมีการนำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตจะเป็นสิ่งที่ช่วยลดและผ่อนคลายความเครียดได้ จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

สมมติฐาน : การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ผลการศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($r = .51, p < .01$) (ตารางที่ 6) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ นั่นคือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และเป็นไปตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวถึงปัจจัยกระบวนการทางสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงของพฤติกรรม ซึ่งเป็นการรับรู้และเข้าใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเอื้ออำนวยให้มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียดทำให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ และยังเป็นแหล่งของข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายทางสังคมเพื่อช่วยในการประเมินการกระทำของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆต่อไป และมีผลในทางอ้อมที่ก่อให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่ได้กำหนดไว้ (commitment to plan of action) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีมากกว่าผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Murray & Zentner, 1993) สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของแพดดูลา (Padula, 1997) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของวิลโลว สปีทและจิวอาร์คิน สติร์ปัญญา (2540) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพ

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนในแต่ละด้านจะมีผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของปัญหาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (House & Kahn, 1985) ซึ่งบุคคลจะมีความต้องการการ

สนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆที่แตกต่างกันไป ในเวลาและสถานการณ์ความเครียดที่เป็นภาวะวิกฤต การสนับสนุนด้านอารมณ์จะเป็นประโยชน์และบุคคลมีความต้องการมากที่สุด และในภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของบุคคลกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การสนับสนุนด้านทรัพยากรจะมีประโยชน์มากที่สุด (Jacobson, 1986)

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University