

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประกอบไปด้วย แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสูงอายุ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ: แนวคิด หลักการและการดำเนินงาน การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่ม ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำมาเสนอตามลำดับ ดังนี้

#### 1 แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการสูงอายุ

##### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้ความหมายของผู้สูงอายุนั้นมีเกณฑ์ และการจำแนกแตกต่างกันออกไปหลากหลายรูปแบบ โดยคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (2545) ได้ให้ความหมายว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า ซึ่งสถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institute on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือระหว่าง 60-74 ปี และวัยสูงอายุตอนปลายคือ อายุ 75 ปีขึ้นไป (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) และบรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้สรุปการแบ่งการเรียกผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The Aged, Aging, Oldman) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่นต่างๆ ที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่ยังอายุไม่มากก็ได้
- 2) ผู้สูงอายุตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older persons) ปัญหาที่ตามมาคืออายุเท่าใดจึงเรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ซึ่งได้มีการถกเถียงกันในที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ ส่วนใหญ่คนภาคพื้นยุโรป และอเมริกามักเรียกคนอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่ภาคพื้นเอเชียมักจะถือเอาอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเป็นที่ตกลงกันในวงการระหว่างประเทศให้ยึดเอาอายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ
- 3) ผู้สูงอายุตามสถานภาพทางสังคม เช่น เรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior citizens) ในองค์การหนึ่งๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์การต่างๆ ที่อาจอายุไม่มาก หรือไม่ใช้คนแก่

โดยทั่วไปในปัจจุบันประเทศไทยมักใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” กันเป็นส่วนมาก เพราะดูกลางๆ ไม่บ่งชี้ว่าแก่หรือชรา ให้ผู้ถูกเรียกเสียดความรู้สึก ในวงการนานาชาติ คำที่ใช้ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ปัจจุบันตกลงใช้คำว่า Older persons (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

ส่วนในการแบ่งช่วงวัยในการออกกำลังกาย โดยขึ้นอยู่กับสมรรถภาพของร่างกาย สามารถแบ่งเป็นช่วงวัยได้ดังนี้ (Shephard, 1997)

1) ช่วงวัยกลางคน (Middle age) ซึ่งเป็นช่วงหลังของครึ่งชีวิตของแต่ละบุคคล เป็นช่วงที่อยู่ในวัยกำลังทำงาน โดยทางระบบต่างๆ ทางชีวภาพของร่างกายจะเริ่มมีการทำหน้าที่ลดลงร้อยละ 10 - 30 โดยจะอยู่ในช่วงอายุ 40 - 65 ปี

2) ช่วงวัยสูงอายุ (Old age) เป็นช่วงชีวิตหลังเกษียณอายุจากการทำงานใหม่ๆ จะพบว่าการสูญเสียหน้าที่บางอย่างของร่างกาย แต่ยังไม่พบความพิการ อยู่ในช่วงอายุ 67-75 ปี หรืออาจเรียกได้ว่าช่วงสูงอายุตอนต้น (Young old age)

3) ช่วงสูงอายุตอนกลาง (Very old age) เริ่มพบว่ามีความบกพร่องหรือพิการในการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกาย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง เริ่มมีภาวะพึ่งพา อยู่ในช่วงอายุ 75-85 ปี หรือเรียกว่า Middle old age

4) ช่วงสูงอายุตอนปลาย (Oldest old age) ในช่วงวัยนี้ส่วนมากอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างมาก ได้แก่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป

## 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ หรือการชราภาพนั้น Ebersole และ Hess (1990) ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา และทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา มีรายละเอียด ดังนี้

### ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological Theories)

บรรลุ ศิริพานิช (2542) อธิบายทฤษฎีการสูงอายุในเชิงชีวภาพว่าสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่เชื่อว่ากระบวนการชราภาพเป็นกระบวนการที่เกิดจากการแตกทำลายลงซึ่ง เรียกทฤษฎีกลุ่มนี้ว่า Breakdown theories และ กลุ่มที่เชื่อว่ากระบวนการชราภาพเกิดจากการมีของใหม่เกิดขึ้น หรือเรียกทฤษฎีกลุ่มนี้ว่า Substance theories

กลุ่มที่ 1 เชื่อว่า กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดจากการแตกทำลายลง ทฤษฎีในกลุ่มนี้ จึงเรียกรวม ๆ กันว่า Breakdown theories ได้แก่

ก) ทฤษฎีความเสื่อมโทรมของเซลล์ (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ร่างกายเหมือนเครื่องจักรเมื่อใช้ไปนานๆ และมากเข้าก็ย่อมสึกหรอไปเป็นธรรมดา กระบวนการชราภาพเป็นผลมาจากร่างกายเมื่อใช้ไปย่อมก่อให้เกิดความเครียดให้แก่ร่างกาย อวัยวะ

ของร่างกายจะมีลักษณะสึกกร่อนจากการใช้งาน และการกระทบกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความกดดันหรือความเครียด ข้อคัดค้านของทฤษฎีนี้ได้แก่ ความจริงที่ว่า การออกกำลังกาย (ในภาวะที่กำหนด) ซึ่งต้องใช้อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย กลับเพิ่มพูนสรีรวิทยาของร่างกายในทางที่ดีขึ้น และทำให้อายุยืนยาวขึ้น สวนทางกับทฤษฎีที่กล่าวไว้ว่าใช้มากก็สึกกร่อนมา

ข) Homeostatic imbalance theory กล่าวถึงความไม่มีดุลยภาพของร่างกาย โดยเชื่อว่ากระบวนการชราภาพเป็นผลจากการตั้งค้างสะสมของความผิดพลาดในการควบคุมตนเองจนถึงขีดสุด ที่หมดความสามารถที่จะควบคุมดุลยภาพในร่างกายได้ ซึ่งอ้างอิงว่า เมื่อคนอายุมากขึ้นจะกลับสู่สภาพเดิมได้ช้าลง ภายหลังจากการออกกำลังกาย เพราะดุลยภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง เกิดผลเป็นกระบวนการชราภาพ

ค) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunology theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงกระบวนการชราภาพเป็นผลจากการที่ระบบภูมิคุ้มกัน (Immunological system) ลดสมรรถภาพลงทีละน้อยจนร่างกายไม่สามารถปกป้องตนเองจากอันตราย (โรคหรือสิ่งแปลกปลอม) ได้เพียงพอ โดยอ้างความจริงที่ว่าฮอร์โมนที่หลั่งจาก Thymus gland ซึ่งควบคุมการผลิต T-cell จะลดลงตามความชราภาพ (Walford and Naeim, 1984 อ้างในบรรณ สุทธิพานิช, 2542) และยังอ้างถึงความจริงที่ว่าโรคหลายโรคที่เกิดขึ้นในภาวะชราภาพ หรือสูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะหลงลืม โรคระบบไหลเวียนโลหิต ล้วนเป็นผลจากความผิดปกติในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน

ง) Auto immunology theory ทฤษฎีนี้อ้างตรงกันข้ามกับทฤษฎีภูมิคุ้มกัน โดยอ้างว่าเมื่อคนอายุมากขึ้น ร่างกายจะไม่สามารถแยกแยะได้ว่าเซลล์อะไรปกติ เซลล์อะไรผิดปกติ ผลที่ตามมาจึงทำให้เกิดการสร้างสารต่อต้านในร่างกาย (Anti-body) ขึ้นมาต่อต้านทั้งเซลล์ปกติและเซลล์ที่ผิดปกติของตนเอง เป็นผลทำให้เกิดภาวะปฏิเสธเนื้อเยื่อของตนเอง เกิดเป็นกระบวนการชราภาพ ดังจะเห็นว่าในคนสูงอายุจะเกิดโรค Anti-immune disease ขึ้นหลายโรคมากกว่าคนอายุน้อย เช่น โรครูมาตอยด์ อย่างไรก็ตามมีคนค้านว่า Auto immune อาจเกิดขึ้นพร้อมกับกระบวนการชราภาพก็ได้ มิใช่สาเหตุของกระบวนการชราภาพ

จ) Disposable soma theory ได้ถูกเสนอโดย Kirkwood (1979 อ้างใน สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2544) เพื่อใช้อธิบายปรากฏการณ์ของความชราภาพกับทฤษฎีวิวัฒนาการ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากการสะสมความผิดพลาดในการสร้างสาร Macromolecule การแก้ไขความผิดพลาดดังกล่าวอาศัยการทำงานของยีนซึ่งต้องผ่านขบวนการ Transcription และ Translation จนได้โปรตีนและเอ็นไซม์ที่จะทำงานแก้ไขข้อผิดพลาดต่างๆ อย่างแม่นยำ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสิ่งมีชีวิตสามารถที่จะแก้ไขข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้อย่างเพียงพอที่จะทำให้ไม่เกิดความชรา หรือเกิดน้อยมาก แต่การที่จะดำรงอยู่โดยไม่ชราได้ตลอดไปสิ่งมีชีวิตจะต้องใช้พลังงานจำนวนมาก อย่างไรก็ตามสิ่งมีชีวิตยังคงจะต้องมีการเจริญเติบโตและสืบขยายพันธุ์ (เพื่อการวิวัฒนาการ) พลังงานบางส่วนจึง

ต้องใช้ไปเพื่อการนี้ทำให้ไม่สามารถควบคุมความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เป็นเหตุให้เกิดความเสื่อมชรา และตายลงในที่สุด

กลุ่มที่ 2 เชื่อว่ากระบวนการสูงอายุเกิดจากมีของใหม่เกิดขึ้น จึงเรียกทฤษฎีกลุ่มนี้ว่า Substance theories ทฤษฎีกลุ่มนี้มีดังนี้

ก) ทฤษฎีการเชื่อมกันตามขวาง (Cross linkage theory) หรืออาจเรียกว่า ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen theory) กล่าวถึง ความสูงอายุที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมขวาง โมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกัน หรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ โดยปกติแล้วโมเลกุลเหล่านี้ต้องแยกจากกัน แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนแปลงไป การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุดคือ อิลาสติน (Elastin) และคอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีจำนวนมากและเกาะยึดแน่น ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อขาดการยืดหยุ่น การขับถ่ายขนส่งอาหารไปสู่อวัยวะต่างๆ ไม่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความแข็งแรงของโครงสร้างร่างกาย เพราะคอลลาเจนซึ่งมีลักษณะหนืดๆ คล้ายวุ้นจะอยู่รอบๆ เซลล์ช่วยพยุงและให้ความแข็งแรงแก่เนื้อเยื่อ และพบมากในผิวหนัง เช่น กระดุก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดหัวใจ และสารประกอบที่อยู่ในสารพื้นฐาน (Ground substance)

ข) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชราภาพ เกิดจากการที่เซลล์ถูกทำลายโดยอนุมูลอิสระ (Free radical) หรืออาจกล่าวได้ว่าเซลล์มีอายุและเสื่อมตายได้ เนื่องมาจากมีการสร้างอนุมูลอิสระที่มีฤทธิ์ทำลาย ทำให้เสื่อม และการที่เซลล์เสื่อมนั้นเป็นผลจากการสะสมสารประกอบทางเคมีที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีภายในเซลล์ ซึ่งทฤษฎีนี้ดูจะใหม่และมีคนสนใจมาก กล่าวว่าอนุมูลอิสระเป็นอะตอมหรือโมเลกุลที่มีอิเล็กตรอนไม่ครบคู่ หรือมีจำนวนเป็นเลขคี่ ในทางเคมีพบว่าอนุมูลอิสระจะมีปฏิกิริยาก่อนข้างสูง จะทำลายระบบป้องกันของเอ็นไซม์ และอนุมูลอิสระบางตัวอาจหลบหลีกการถูกทำลาย ทำให้มีการสะสมมากขึ้นจนถึงขนาดทำให้เกิดการเสียหายแก่โครงสร้างของชีววิทยาที่สำคัญ การสะสมความเสียหายนี้ทำให้การทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป (เกิดกระบวนการชราภาพ) จนถึงความตายในที่สุด

ค) ทฤษฎีการสะสม (Accumulation theory) ทฤษฎีการสะสมอธิบายว่าการสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารอันตรายหรือสารสีดำนี้นี้เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) บางทีเรียกว่า รังควัตถุไขมัน (Fatty pigment) หรือรังควัตถุความชรา (Aged pigment) สารนี้ส่งผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ ทำให้การซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป



### ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychologic Theories of Aging)

ก) ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslows Hierarchy of Human Need) โดยมาสโลว์ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทั่วไป ออกเป็น 5 ชั้น ได้แก่ 1) ความต้องการด้านร่างกาย เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่าย อากาศ การพักผ่อน ความสะอาด และความต้องการทางเพศ 2) ความต้องการด้านความมั่นคงและปลอดภัย 3) ความต้องการความรัก ความเข้าใจ การเป็นเจ้าของ 4) ความต้องการการเคารพในตนเอง 5) ความต้องการทำในสิ่งที่ต้องการสูงสุดให้เป็นจริง โดยมนุษย์ต้องได้รับและได้สนองความต้องการในชั้นต่ำสุดก่อนค่อยเลื่อนยังชั้นที่สูงขึ้น

ข) ทฤษฎีการพัฒนา 8 ขั้นของชีวิต (Eight Stage of Life Theory) ผู้พัฒนาทฤษฎีนี้ ได้แก่ Erikson อธิบายถึงการพัฒนาของคนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แบ่งได้เป็น 8 ระยะ เป็นการพัฒนาด้านจิตวิทยาที่ได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรมและสังคม พัฒนาการที่เน้นในทฤษฎีนี้ คือโครงสร้างของอัตตาของตนเอง หรือการรับรู้ตนเองในแต่ละชั้นจะมีข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลสามารถแก้ภาวะสับสนขัดแย้งนี้ได้ก็จะเข้าถึงชีวิตที่สมปรารถนาตามวัย และเข้าสู่วัยอื่นๆ ด้วยดีตามลำดับ หากไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งนี้ไปได้แต่ละชั้นก็จะเกิดความขัดแย้งทางจิตใจ ความไม่สมหวัง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530) ซึ่งในระยะที่ 7 และ 8 เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ระยะที่ 7 อยู่ในช่วงอายุ 25-65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุประสบความสำเร็จก็จะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจในตนเอง และสืบทอดต่างๆ ไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่กระตือรือร้น

### ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological Theory of Aging)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป จากครั้งที่อยู่ในวันวัยผู้ใหญ่ ทั้งเป็นทฤษฎีที่พยายามช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีที่เป็นแนวคิดทางสังคมวิทยา (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2545) ได้แก่

ก) ทฤษฎีกิจกรรม (The activity theory) ทฤษฎีนี้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต สนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตัวเองของบุคคลขณะที่ยุคนวัยสูงอายุ โดยแนะนำว่าถ้าจะให้ชีวิตในวัยสูงอายุมีความสุขต้องพอใจในชีวิต เป็นตัวของตัวเอง และรักษาสุขภาพของร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยคำว่ากิจกรรมในทฤษฎีที่ใช้อธิบายนี้ หมายความว่า กิจกรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อครอบครัว และต่อสังคม กิจกรรมเหล่านี้เมื่อมีการปฏิบัติจะทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกตนเองมีคุณค่า ตนเองยังเป็นประโยชน์และยังมีบทบาทต่อสังคมอยู่ ทั้งๆ ที่ภาวะร่างกายทำให้มีการถอยห่างจากสังคม ทฤษฎีอธิบายไว้ว่าการมีกิจกรรมต่อสังคมของ

ผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นการมีกิจกรรมที่พอเหมาะกับวัยของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

ข) ทฤษฎีแยกตนเอง (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสภาพทางสังคมจะลดลง แต่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ผู้สูงอายุจึงควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามควรเพื่อจะได้มีชีวิตที่เป็นสุข

ค) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (The continuity theory) ทฤษฎีนี้เป็นผลมาจากการศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งของทฤษฎีกิจกรรม และทฤษฎีแยกตนเอง พบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นขึ้นกับบุคลิกภาพ และแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ก็ย่อมจะแยกตัวเองจากสังคมเมื่อมีอายุมากขึ้น ทฤษฎีนี้แนะนำว่า แรงจูงใจ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จ และความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ

ง) ทฤษฎีบทบาท (Role theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสภาพต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมจากการเกษียณอายุราชการ ยอมรับบทบาททางสังคมที่มีน้อยลงจากเดิม จากที่เคยช่วยเหลือตนเองได้มาก มาเป็นผู้ที่ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น หรือการละเว้นจากความสัมพันธ์กับคู่สมรส เนื่องจากการตายของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

## 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) คือกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำเนิดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้นเป็นกระบวนการที่มุ่งดำเนินกับทั้งบุคคลและสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ “การพัฒนา” “การคงไว้” และ “การป้องกันการเสื่อมถอย” ของสถานะทางสุขภาพ โดยเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าจะต้องอาศัยความรู้ของสาขาที่หลากหลายและการดำเนินการของส่วนการบริการต่างๆ ทั้งทางสุขภาพและทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 4 กระบวนการดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1) การให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นกระบวนการให้ข้อมูลข่าวสารที่มุ่งให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยกลวิธีต่างๆ ได้แก่ การสอนกลุ่ม การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้อีสารมวลชน เป็นต้น

2) การป้องกันโรค หมายถึงกระบวนการเพื่อให้การวินิจฉัยโรคหรือปัญหาทางสุขภาพในระยะแรกก่อนจะมีอาการทางคลินิก (การตรวจคัดกรอง) หรือการป้องกันเฉพาะโรค เช่น การให้วัคซีน การดำเนินการเพื่อป้องกันการหกล้ม เป็นต้น

3) การคงไว้ของสุขภาพ หมายถึงการจัดการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง

4) นโยบายสาธารณะทางสุขภาพ เป็นกระบวนการทางนโยบาย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยตรงหรือเพื่อให้การสนับสนุน เช่น การจัดสรรงบประมาณ การออกกฎหมายเฉพาะ (เช่น กฎหมายให้บริการการตรวจคัดกรองแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า) การพัฒนาระบบบริการ หรือการควบคุมการโฆษณาที่อาจเป็นผลเสียแก่สุขภาพ (เช่น โฆษณานูทรี)

และในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็นระดับในการส่งเสริมสุขภาพออกเป็นขั้นปฐมภูมิ (Primary) ขั้นทุติยภูมิ (Secondary) และขั้นตติยภูมิ (Tertiary) ซึ่งขั้นปฐมภูมิเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการที่จะก่อให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วย ขั้นทุติยภูมิเป็นการกำหนดทิศทางไปด้านหน้าในการที่จะป้องกันสิ่งที่คาดว่าจะเกิด (Early detection) ของขบวนการเกิดโรค ซึ่งมักจะทำก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ ขั้นตติยภูมิ เป็นการกำหนดทิศทางไปข้างหน้าในการช่วยลดความพิการที่เกิดจากโรค ซึ่งทั้ง 3 ระดับ เป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งส่งผลอย่างมากต่อพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายเล็กๆ น้อยๆ และการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านพฤติกรรม สังคม จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม มักมีส่วนผลอย่างมากต่อสุขภาพในผู้สูงอายุ (Keller and Fleury, 2000)

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม นับเป็นการเชื่อมโยงแนวคิด วิธีการดำเนินงานใหม่ๆ ให้แก่งานทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและเพียบพร้อมไปด้วยทฤษฎีต่างๆ ซึ่งแต่ละวิชาชีพทางสุขภาพได้นำออกมากำหนดขอบเขตในศาสตร์ของตน โดยมีเป้าประสงค์ร่วมกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของประชาชนให้มีสุขภาพ สุขสมบูรณ์ การที่จะบรรลุตามแนวคิดนี้ได้ บุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องมีความเชี่ยวชาญในหลักการวิธีการทั้งกระบวนการ และเนื้อหาผลลัพธ์อันนำไปสู่เป้าประสงค์โดย ความเฉพาะเจาะจงของแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ของการส่งเสริมสุขภาพ มี 5 ประการ ตามแนวคิดใหม่ในงานสาธารณสุข อันได้แก่ 1) การพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพ 2) การพัฒนาทักษะของบุคลากร 3) การกระทำให้ชุมชนมีความมั่นคง 4) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน 5) การปรับระบบทบทวนคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพที่มีอยู่ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542)

## 2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### ก) แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

Pender (2002) ได้ประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งได้มีจุดเน้นสำคัญอยู่ที่กระบวนการส่งผ่านทางพุทธิปัญญาออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม เพนเดอร์ได้จัดกลุ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นประเภทที่มีปัจจัยการรับรู้ทางปัญญา ปัจจัยการปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวแปรที่ส่งผลต่อการกระทำความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ เพื่ออธิบายแนวโน้มของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ประกอบด้วยตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลว่าขึ้นอยู่กับ ตัวแปรหลัก 3 ตัวแปร คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม เป็นตัวแปรหลักสำคัญที่พยาบาลสามารถใช้วิธีการพยาบาลเพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ โดยมีตัวแปรย่อย 6 ตัวแปร ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์

ประภาพร จินันทุยา (2004) ได้ทำการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าโมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทยได้ดี และจากการศึกษาของดวงเดือน พันธุโยธี (2539) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ แต่จากการศึกษาของ Easom (2003) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่ทำนาย พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุได้ คือ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้อุปสรรค อาจจะเป็นตามความเป็นจริงหรือจากจินตนาการก็ได้ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ความยุ่งยาก ความไม่เพียงพอด้านเวลาในการทำกิจกรรม เป็นต้น อุปสรรคเป็นตัวขัดขวางการรับผิดชอบและการลงมือกระทำ อุปสรรคทำให้สูญเสียความพึงพอใจ ขอมแพ้ให้กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เมื่อมีการรับรู้ต่ออุปสรรคต่ำจะมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพสูง และจากการศึกษาของนพวรรณ ภัทรวงศา (2542) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าไม่มีผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคปานกลางไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 97.9) มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่



มีการรับรู้อุปสรรคสูง (ร้อยละ 59.2) ซึ่งจากผลการศึกษาจะพบว่าการรับรู้อุปสรรคนั้นไม่เป็นที่บ่งบอกถึงการแสดงพฤติกรรมการออกกำลังกาย อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้วยก็เป็นได้

#### ข) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่อาจเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น และเมื่อเกิดโรคขึ้นโรคนั้นจะมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะให้ผลดี คือช่วยลดโอกาสในการเป็นโรค หรือถ้าเป็นโรคแล้วก็สามารถลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้ ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น และต่อมา Becker และคณะ (1974) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอีก โดยเพิ่มตัวแปรด้านประชากร และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีความอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค โดยแบบแผนนี้ได้มีข้อสันนิษฐาน (Assumption) เบื้องต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

1) บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถึงแม้ว่าจะจะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจน เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาสามารถเป็นได้โดยที่ยังไม่รู้สึกรู้ว่ามีอาการ

2) บุคคลต้องรับรู้ถึงศักยภาพ (Potential) ของความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคในลักษณะของการเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เสียเวลาทำงาน เสียเงินทอง เสียหน้า อับอาย และอื่นๆ ตามความกลัวของตนเอง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงในเชิงทฤษฎีก็ได้

3) บุคคลต้องเชื่อว่า ถ้าได้กระทำพฤติกรรมตามที่ได้รับการเสนอแนะมาจะเกิดผลประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองแน่ ดังนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินเปรียบเทียบทุกๆ สิ่งที่ตนเองต้องลงทุนลงแรง กับผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำดังกล่าว ซึ่งหมายถึงบุคคลจะตัดสินใจทำตามเหตุผลที่ "ได้" ไร้ตรงถึงผลดีผลเสียแล้วอย่างรอบคอบ ไม่ได้เป็นการปฏิบัติเพราะถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคล สมัยนิยม โดยไม่ได้มีเหตุผลของตนเอง

4) การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จำเป็นต้องมี "การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ" ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมา

จุดเด่นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรม และการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ ดังนั้นในเรื่องของการออกกำลังกาย บุคคลจะออกหรือไม่ออกกำลังกาย จึงต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็น

โรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน หรือมีความเสื่อมมากขึ้น และโรคเหล่านี้มีความรุนแรงต่อชีวิต และถ้าออกกำลังกายแล้วโอกาสเป็นโรคน้อยลง โดยที่ไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติมากนักบุคคลนั้นก็就会ออกกำลังกายได้ ตรงข้ามถ้าบุคคลไม่รับรู้ถึงความเสียหายของโรคหรือไม่เห็นผลดีของการออกกำลังกายรวมทั้งคิดว่ามีอุปสรรคมากก็จะออกกำลังกายน้อย หรือไม่ออกกำลังกาย

### ก) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory)

Bandura (1997) ได้พัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเองมาจากหลักการ เรื่องการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Principles) ที่มีความเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะอยู่ในรูปแบบของการเรียนรู้ เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้น ๆ ซึ่งเบนดูราได้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคล โดยใช้แนวคิด 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) เป็นการตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ในบุคคลที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวพบว่าไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ ถ้าหากบุคคลไม่รับรู้ในความสามารถของตนเองด้วย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงข้ามหากบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะทำให้บุคคลนั้นพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย นั่นคือถ้าผู้สูงอายุสามารถคาดหวัง หรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะเป็นผลดีต่อร่างกาย ผู้สูงอายุก็จะออกกำลังกาย แต่ถ้าผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไม่สามารถทำได้ เช่น คิดว่าตนเองแก่ทำไม่ไหว ภาวะสุขภาพไม่ดี ปวดข้อ ปวดเข่า เกรงว่าจะทำไม่ได้ หรือคิดว่าสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย ไม่เห็นผลดีของการออกกำลังกาย ก็จะไม่สนใจที่จะออกกำลังกาย

### 2.3 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมในทุก ๆ ด้านของสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการพยาบาลเชิงรับมาเป็นเชิงรุก โดยระบบการดูแลสุขภาพที่

เปลี่ยนจากเน้นในโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ซึ่งประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นเป้าหมายหลัก เน้นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพ มุ่งสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม พร้อมทั้งค้นคว้าศึกษาความรู้ต่างๆเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่ง Fletcher (1994) และ Lueckenotte (2000) ได้ระบุบทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ก) ด้านการปฏิบัติพยาบาล (Nursing practice) พยาบาลสามารถนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพมาปรับใช้ ช่วยในการประเมิน วิเคราะห์ และนำมาปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้จัดการทั้งการให้ความรู้ ทำการประเมินสภาวะร่างกายทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล ในส่วนที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพจะเปลี่ยนจากเน้นโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ซึ่งประชากรที่อาศัยในชุมชนควรเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก เน้นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพ มุ่งสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ในการดำเนินการด้านนี้จะประกอบไปด้วย

1) การประเมินร่างกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม ครอบครัว แนวคิด ความเชื่อต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจนำแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ADL, IADL, MMSE, แบบประเมินสภาพจิตจรรยา เป็นต้น เข้าร่วมในการประเมิน พยาบาลผู้ประเมินต้องมีทักษะและศิลปะในการสนทนา การสังเกต เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากผู้สูงอายุ ปัจจุบันผู้สูงอายุมีความรู้ ความสามารถในการหาข้อมูล พิจารณาเลือกในสิ่งที่ดี ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ และมุ่งให้เกิดความผาสุก

2) การตั้งวัตถุประสงค์ การลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้อาจมีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการ (Access to service) เป็นการจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นโครงการหนึ่งของโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้สะดวกมากขึ้น นอกจากนั้นการจัดบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมที่สุดในชุมชนนั้น พยาบาลสามารถทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม และกำหนดเป้าหมาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่พยาบาลจะต้องปรับให้เหมาะสมกับความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรมนั้น ๆ อนึ่งในการให้ความรู้ และคำปรึกษาในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ ควรเริ่มก่อนมีการเกษียณอายุ และดำเนินไปจนถึงผู้สูงอายุจากไปในช่วงสุดท้ายของชีวิต

3) การส่งต่อ จะทำการส่งต่อเมื่อต้องการการรักษาที่ต่อเนื่องหรือต้องการการรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น พร้อมติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อความพร้อมในการปรับแผนในการดูแลผู้สูงอายุ ในการให้การพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้การดูแลต้องตระหนักถึงความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วย วิธีการรักษา สิ่งที่จะเกิดตามมาหลังการรักษา ทั้งภาวะโรคเรื้อรัง

ภาวะสังคม ภาวะเศรษฐกิจ รวมทั้งต้องพัฒนาการร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อประโยชน์อันสูงสุดที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ

4) ประเมินผลการดำเนินงานทั้งบุคคลและชุมชน รวมทั้งองค์ประกอบอื่นๆ ทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไปในอนาคต

ข) ด้านการศึกษาพยาบาล (Nursing education) ต้องจัดการเตรียมพยาบาลให้เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุ โดยการเตรียมพยาบาลในระดับต่างๆ ให้เพียงพอในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เช่น เพิ่มจำนวนผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลระดับปริญญาบัณฑิต มหาบัณฑิต และคุณวุฒิปัณฑิต รวมทั้งการอบรมโปรแกรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ และพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาล วิกฤต การส่งเสริมสุขภาพ การคงสภาวะสุขภาพ ร่วมด้วยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหลาย ๆ สถานที่ เช่น ในสถานพยาบาล ในชุมชน ที่พักฟื้นสุขภาพ โดยทำการประสานงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นต้องเป็นผู้เฝ้าหาความรู้ พัฒนาระบบปฏิบัติ ดัดแปลงรวบรวมแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ บุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้าด้วยกัน โดยพยาบาลต้องตระหนักถึงการขยายกว้างขึ้นของบทบาทพยาบาลของตนเอง พยายามพัฒนาทักษะในการดำเนินบทบาทผู้อำนวยความสะดวกให้ความรู้ด้านสุขภาพให้ดีที่สุด นอกจากนั้นต้องมีการพัฒนาเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ การเขียนเอกสาร จากบุคลากรทั้งในระดับปริญญาโทและเอกเพิ่มขึ้น เพื่อการพัฒนา เผยแพร่ ถ่ายทอด พัฒนาองค์ความรู้ไปอย่างต่อเนื่อง

ค) บทบาทการวิจัยทางการพยาบาล (Nursing research) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องด้านผู้สูงอายุ ยังขาดองค์ประกอบอีกหลายด้าน เช่น ด้านทฤษฎี กรอบแนวคิดที่เป็นของผู้สูงอายุจริง ๆ และยังขาดการศึกษาวิจัยทั้งในระยะยาว และการศึกษาเชิงพรรณนา ซึ่งการศึกษาส่วนมากยังศึกษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ และไม่ได้มุ่งเน้นถึงปัญหาการเจ็บป่วย หรือผลจากการได้รับการดูแล แม้ว่าในระยะหลังมีการศึกษาในด้านการเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น ภาวะสับสน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การผูกมัด การหกล้ม และแผลกดทับ สิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการให้การดูแลผู้สูงอายุ และในด้านการวิจัยอื่น ๆ อีก ประเด็นการศึกษาวิจัยที่คาดว่าจะยังต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติมอีก เช่น ผลของการดูแลผู้ป่วย และสถานพยาบาลต่าง ๆ การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การเกิดความพิการ การเจ็บป่วยต่างๆ แนวทางการดูแลสุขภาพทางอื่นๆ



### 3 ชมรมผู้สูงอายุ: แนวคิด หลักการ และการดำเนินงาน

#### แนวคิดและหลักการของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวกันของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชน โดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันพื้นฐานในการดำเนินการ ชมรมผู้สูงอายุได้มีการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2505 และได้มีการพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยมีการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจากหลายองค์กร ถึงแม้จะมีการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ หากปัจจัยสำคัญในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุมีความพร้อมเข้าใจอุดมการณ์ของชมรมผู้สูงอายุในแง่ที่ว่า ชมรมผู้สูงอายุเป็นของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ มีระเบียบข้อบังคับของชมรม มีสถานที่และเงินทุนในส่วนของการจัดกิจกรรมนั้นต้องจัดกิจกรรมตามความสนใจและความต้องการของสมาชิกเป็นสำคัญ สมาชิกเข้าร่วมกับชมรมด้วยความสมัครใจโดยมีความเสมอภาค ซึ่งบทบาทของชมรมในการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ เพราะชมรมผู้สูงอายุเท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กัน และสามารถใช้ศักยภาพของแต่ละคนในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2545)

ในปัจจุบันพบว่าชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในเครือข่ายของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ จำนวน 5,089 ชมรม (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547) และมีชมรมที่อยู่ในเครือข่ายการดำเนินงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4,201 ชมรม (ข้อมูล ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2548) และในกรุงเทพมหานครเองมีชมรมที่อยู่ในเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ ในความดูแลของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 182 ชมรม ซึ่งเมื่อรวมกันในประเทศไทยจะมีชมรมผู้สูงอายุจำนวนอย่างน้อย 9,472 ชมรม และลักษณะของชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่นี้มีหลากหลายรูปแบบแตกต่างกันออกไปขึ้นกับลักษณะของสมาชิกภาพ และสามารถจัดกลุ่มใหญ่ ๆ โดยใช้ความสามารถและลักษณะภาพเป็นเกณฑ์ได้ 4 ประเภทคือ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ชมรมผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ต้องการผู้สนับสนุนช่วยเหลือ และชมรมผู้สูงอายุเฉพาะอาชีพ ซึ่งลักษณะภาพขึ้นอยู่กับการรวมตัวของผู้สูงอายุ

กรุงเทพมหานครกำหนดการพัฒนาบริการด้านผู้สูงอายุอยู่ในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2535-2539) และต่อเนื่องมาจนถึงแผนฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2540-2544) โดยมุ่งเน้นในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อันจะนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยจึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริการด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม คือ คลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุของศูนย์สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้มีการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 จำนวน 7 ชมรม จำนวนสมาชิก 612 คน ปัจจุบันชมรมผู้สูงอายุภายใต้การดำเนินงานของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 179

ชมรม จำนวนสมาชิกทั้งสิ้น 21,934 คน (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2547) กระจายอยู่ในชุมชนทั่วกรุงเทพมหานคร โดยบางชมรมอาจตั้งอยู่ในศูนย์บริการสาธารณสุข บางชมรมตั้งอยู่ในชุมชนเพื่อให้สะดวกแก่การเดินทางของผู้สูงอายุ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุขจะมีการดำเนินงานด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันออกไป

#### การดำเนินงานเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ

การดำเนินงานเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งในชุมชน คือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2545)

- 1) การทำความเข้าใจร่วมกันในวัตถุประสงค์ของชมรม ชมรมผู้สูงอายุอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้สูงอายุเป็นหลัก และเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นรอง หรือเพื่อประโยชน์แก่สังคมเป็นหลักและเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นรองก็ตาม วัตถุประสงค์นี้จะต้องมีการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจร่วมกัน ขณะเดียวกันก็ควรเน้นย้ำอุดมการณ์ของชมรมผู้สูงอายุว่าเป็นชมรมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ และเพื่อผู้สูงอายุ
- 2) การดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ถ้าเป็นการจัดตั้งในชุมชน ควรจะริเริ่มในชุมชนที่ผู้สูงอายุมีการรวมตัวกันอยู่ก่อนแล้ว หรือมีความตื่นตัวในเรื่องของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องพิจารณาถึงความพร้อมของผู้นำ ไม่ว่าจะเป็นผู้นำที่เป็นทางการหรือไม่ก็ตาม หากผู้นำนั้นเป็นผู้สูงอายุที่เข้มแข็งก็จะมีส่วนต่อการจัดตั้งและดำรงอยู่ของชมรมผู้สูงอายุ
- 3) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนทุกเพศทุกวัย ทั้งผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาว และเด็กให้เข้ามามีส่วนในชมรมผู้สูงอายุ โดยอาจมีสมาชิกสมทบ เพราะผู้ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยหนุ่มสาวจะช่วยในการบริหารจัดการชมรมได้ดีขึ้น
- 4) ความแตกต่างในเศรษฐกิจของสมาชิกคงเป็นเรื่องที่ยากจะหลีกเลี่ยง หากแต่เมื่อมาอยู่ในชมรมเดียวกัน ก็ควรใช้ความต่างต่างนั้นก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชมรม ขณะเดียวกันก็พึงมีมาตรการบางอย่างที่จะเอื้อต่อผู้ด้อยฐานะกว่า เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันและเป็นปมค้อย เช่น ผู้ที่มีฐานะช่วยด้านการเงิน ในขณะที่ผู้ด้อยฐานะกว่าช่วยด้านการจัดการ เป็นต้น
- 5) สถานที่ตั้งของชมรมจะอยู่ที่ใดก็ได้ แต่ต้องเป็นสถานที่ที่เป็นกลาง ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ เช่น วัด หรือโรงพยาบาลหากสิ่งทีพึงระวังคือ ต้องปลอดจากการชี้นำของผู้รับผิดชอบสถานที่ เช่น เจ้าอาวาส หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
- 6) กิจกรรมของชมรม จะมีกิจกรรมใดก็ตามต้องทำเพื่อผู้สูงอายุและดูความพร้อมของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน อุปกรณ์ สุขภาพ และที่สำคัญคือเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกชมรม และพยายามให้มีกิจกรรมต่อเนื่องสม่ำเสมอ และกิจกรรมต่างๆ ที่จัดควรมีค่าใช้จ่ายเท่าที่จำเป็นเท่านั้น

7) ชมรมผู้สูงอายุใดที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น หรือมีพัฒนาการค่อนข้างต่ำ ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการฝึกในระยะเวลาเริ่มแรก และต้องค่อยๆ ถอนตัวออกไปเมื่อชมรมพอจะยืนบนขาของตนเองได้แล้ว

#### 4 การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

##### 4.1 ความหมายของการออกกำลังกาย

เจก ธนะสิริ (2533) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยด้วยการทำให้หัวใจเต้นเร็ว และแรงขึ้นกว่าปกติประมาณเท่าตัว เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที และอย่างน้อย 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์ การออกกำลังกายที่น้อยกว่านี้จะไม่นับว่าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และจะทำให้ไม่ได้ประโยชน์ต่อร่างกายอย่างแท้จริง

Broomquist (1988) กล่าวว่า การออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายเพื่อเป็นการบำบัดรักษา หรือเป็นการส่งเสริมให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ แข็งแรง และมีการใช้พลังงานจากร่างกายเกิดขึ้น

อัญชติ กลิ่นอวล (2543) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีการทำงานของโครงร่างกล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวตามความมุ่งหมาย โดยมีการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายช่วยสนับสนุน อาจเป็นการบำบัดรักษาหรือส่งเสริมให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ แข็งแรง และมีการใช้พลังงานจากร่างกายเกิดขึ้น

Morris และ Schoo (2004) กล่าวว่า การออกกำลังกาย เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีการวางแผน มีโครงสร้าง รูปแบบและการกระทำอย่างสม่ำเสมอ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของร่างกาย

World Health Organization (2003) กล่าวว่า การออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ จำเป็นจะต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาประมาณ 30 นาที และสม่ำเสมออย่างน้อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ จึงจะเพียงพอที่จะเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นขั้นต่ำสุดของการออกกำลังกายอย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยในครั้งนี้ การออกกำลังกาย หมายถึง การที่บุคคลมีกิจกรรมทางกาย ที่มีรูปแบบเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวตามความมุ่งหมายว่าการกระทำนั้นจะช่วยส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น โดยการออกกำลังกายในเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาในการออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง

## 4.2 หลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

Pender (2002) ได้กำหนดให้การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่งที่สามารถพัฒนาความสามารถและศักยภาพของร่างกายให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นส่วนหนึ่งของการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งได้มีการวางแผนจัดรูปแบบในการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อเป็นการพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งประโยชน์ต่อสุขภาพ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Exercise) ที่มีประสิทธิภาพต้องมีหลัก 3 ประการคือ มีความถี่ (Frequency) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ครั้งใช้เวลา (Time) อย่างน้อย 20 นาที และมีความหนัก (Intensity) พอที่จะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจได้ (Levy, Dignan and Shirreffs, 1992) โดยมีขั้นตอนการออกกำลังกาย 3 ขั้นตอนคือ อบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และผ่อนคลาย ดังนั้นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จึงต่างจากการทำงานหรือกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เพราะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมีแบบแผนและกระทำซ้ำ ๆ กันหลายครั้งเพื่อที่จะส่งเสริมให้มีการคงอยู่ของสมรรถภาพร่างกาย (Morris and Schoo, 2004)

ซึ่งจากการประชุมขององค์การอนามัยโลกสาขาแพชฟิกตะวันตก ในการประชุมเรื่องอาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ ครั้งที่ 53 ที่กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น วันที่ 16 - 20 กันยายน 2006 มีข้อสรุปเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ว่าการออกกำลังกายถ้าต้องการจะให้ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการออกกำลังกาย จำเป็นจะต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาประมาณ 30 นาที และสม่ำเสมออย่างน้อย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ จึงจะเพียงพอที่จะเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นขั้นต่ำสุดของการออกกำลังกายอย่างมีประสิทธิภาพ และการออกกำลังกายอย่างมีประสิทธิภาพไม่ควรจะถูกจำกัดด้านเวลาที่จะทำติดต่อกันเพียงครั้งเดียว แต่สามารถจะแบ่งทำ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที/วัน หรือทำเป็นรูปแบบปกติเหมือนกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน (WHO, 2003) และหลักการในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพของแต่ละสถาบันมีข้อแตกต่างกันออกไป โดยมีข้อกำหนดของแต่ละสถาบัน ดังนี้



ตารางที่ 1 การออกกำลังกายในผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบัน	American Heart Association	American College of Sport Medicine	Center of Disease Control	American Association for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
1.การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic exercise)				
ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)	≥3	3-5	ทุกวัน	3-5
ความหนัก	50-60% HR	50-60%HR	ระดับปานกลาง	50%VO <sub>2</sub> max
ระยะเวลา	30 นาที	15-16 นาที	30 นาที	30-45 นาที
2.การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรง (Resistance exercise)				
จำนวนชุดของกิจกรรม	8-10 ชุด	8-12 ชุด	ไม่มีข้อกำหนด	12-15 ชุด
ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)	2-3	≥2	ทุกวัน	2-3

ที่มา Hill, C. 2001. Caring for the Aging Athlete. *Geriatric Nursing*. 22(1), p45.

ซึ่งในการออกกำลังกายได้มีผู้เสนอวิธีการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาพที่ดีไว้หลายวิธีโดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่ถูกต้องดังต่อไปนี้ได้แก่ หลักเกณฑ์ฟิทท์ (Frequency Intensity Time Type-FITTE) สรุปได้ดังนี้ (American College of Sport Medicine [ACSM], 1998)

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of exercise, F) เป็นการกำหนดจำนวนครั้งในการออกกำลังกายต่อวันหรือสัปดาห์ ในผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประมาณ 3 - 5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และจะต้องทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกัน เว้นห่างไม่มากเกิน 2 วัน ส่วนการออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ หรือความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ อาจฝึกประมาณ 2 - 3 ครั้งต่อวัน

2. ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (Intensity of exercise, I) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เสก อักษรานุเคราะห์ (2534) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสายกลาง โดยมีความหนักเบาเท่ากับ ร้อยละ 50 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ส่วน ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2538) ได้กล่าวไว้ว่าในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพเริ่มต้นน้อยมาก แม้ให้ออกกำลังกายที่มีความหนักเบาร้อยละ 40-50 ของอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุดก็สามารถเกิดการพัฒนสมรรถภาพทางกาย ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมายสามารถคำนวณได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด} &= 220 - \text{อายุ} \\ \text{ดังนั้น ร้อยละ 50 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด} &= \frac{50 \times (220 - \text{อายุ})}{100} \end{aligned}$$

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time, T) เป็นช่วงเวลายาวนานในการออกกำลังกายในแต่ละประเภทของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง โดยทั่วไปควรอยู่ระหว่าง 15-40 นาทีมีความต่อเนื่องอย่างเพียงพอ โดยการออกกำลังกายแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

3.1 ขั้นตอนการอบอุ่นร่างกาย (Warm-up phase) เป็นขั้นตอนของการเตรียมร่างกายให้มีความพร้อมสำหรับการออกกำลังกายในขั้นตอนต่อไป เป็นการเตรียมความพร้อมแก่ร่างกายให้มีการประสานงานของส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างเหมาะสม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

3.2 ขั้นตอนการออกกำลังกายหรือบริหารร่างกาย (Exercise phase) เป็นช่วงเวลาของการออกกำลังกายที่หนักขึ้น ทำให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้น โดยอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมาย ควรใช้เวลานานประมาณ 15-20 นาที

3.3 ขั้นตอนการผ่อนคลาย (Cooling down phase) หลังจากการออกกำลังกายจะต้องมีการผ่อนคลาย โดยให้ออกกำลังกายเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อให้ร่างกายมีการปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

4. ชนิดของการออกกำลังกาย (Type of exercise, T) เป็นลักษณะของการออกกำลังกายที่ส่งเสริมสมรรถภาพของหัวใจและปอด ซึ่งต้องเป็นกิจกรรมที่มีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่กระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นจังหวะและเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การวิ่ง การวิ่งเหยาะ ๆ การเดิน ปั่นจักรยาน เป็นต้น ซึ่งควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ความสนใจของผู้สูงอายุแต่ละคน ควรได้รับการตรวจร่างกายและการแนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้องก่อนการออกกำลังกาย

5. ความสนุกสนาน (Enjoyment, E) การออกกำลังกายจะต้องคำนึงถึงความสนุกสนานขณะออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกายจะต้องมีลักษณะที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และสร้างความสนุกสนานแก่ผู้สูงอายุ

#### 4.3 ประเภทของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ประเภทของการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันในแต่ละรูปแบบ ซึ่งโดยทั่วไปมักได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และควรกระทำ แต่โดยแท้จริงแล้วผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกายประเภทต่าง ๆ ดังนี้ (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2544)

ก) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น เป็นการออกกำลังกายโดยการบิดอ ยืดขา-แขน หรือบิดหมุนร่างกาย มักปฏิบัติในระยะก่อน (Warm up) หรือระยะหลัง (Cool down) จากการออกกำลังกายโดยทั่วไปทำเพียงวันละ 10-20 นาทีก็เป็นการเพียงพอ (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2544) เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากในผู้สูงอายุจะมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง วิธีการออกกำลังกายแบบนี้มุ่งเน้นการยืดกล้ามเนื้อ และข้อต่อเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น โดยการยืดด้วยตนเอง หรือให้ผู้อื่นช่วย ซึ่งเทคนิคในการออกกำลังกายแบบยืดผู้สูงอายุควรอยู่ในท่าที่เหมาะสม สามารถทรงตัวได้อย่างมั่นคง อย่ายืดมากเกินไปโดยเฉพาะในตอนเริ่มต้น ให้ยืดอย่างช้าๆ และค่อยๆ เพิ่มขึ้นหลังจากที่รู้สึกสบาย แล้วค้างไว้ 6 วินาที จึงค่อยๆ ผ่อนกลับสู่ท่าเดิมซ้ำๆ ให้มีความรู้สึกผ่อนคลาย (ACSM, 1998)

ข) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง การออกกำลังกายประเภทนี้จะเสริมความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อรวมทั้งมีประโยชน์ต่อการป้องกันการลดของมวลกระดูกด้วย เช่น การยกน้ำหนักอย่างเบาๆ การขี่จักรยาน หรือการว่ายน้ำ เพื่อเพิ่มกำลังของร่างกายส่วนบน และส่วนล่าง (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2544) เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มการต้านแรงภายนอก เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีปัญหาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจากการเสื่อมตามอายุ มีผลทำให้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ฉะนั้นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะช่วยให้การทำกิจกรรมต่างๆ ดีขึ้น และทำให้กระดูกและข้อมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น โดยอาจแบ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ท่าบริหาร และการออกกำลังกายที่ใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ดัมเบลล์ กุญทราย เป็นต้น โดยจัดการออกกำลังกายให้มีความถี่เริ่มจากน้อยครั้ง และเพิ่มขึ้น หรืออาจเพิ่มแรงต้านให้มากขึ้นก็ได้ ไม่ควรหักโหม และต้องปราศจากความเจ็บปวดขณะมีการเคลื่อนไหว เนื่องจากแรงต้านที่มากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อกระดูก และข้อต่อของร่างกาย (ACSM, 1998)

ค) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายประเภทนี้จะต้องเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ระยะเวลาของการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรอยู่ระหว่าง 20-30 นาที แต่อาจออกกำลังกายได้นานถึง 60 นาที ขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ออกกำลังกายและชนิดของการออกกำลังกาย และควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) หรือควรเริ่มออกกำลังกายเพียงร้อยละ 50 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด และหลังจากนั้นไม่เกิดร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (ACSM, 1998)

#### 4.4 ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายที่กระทำอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในหลาย ๆ ด้าน ดังต่อไปนี้

##### ก) ด้านร่างกาย

1. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายช่วยให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้น มีกำลังเพิ่มมากขึ้น ช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ลดการเสียของมวลกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อต่อมีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว ช่วยลดการฝ่อกร่อนของกระดูก กระดูกมีความหนาแน่นและแข็งแรงมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมการทรงตัวให้มีความสมดุล เกิดความคล่องตัวและมีการเคลื่อนไหวที่ดี

2. ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดต้องทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่างร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ซึ่งจะทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น (เสก อักษรานุเคราะห์, 2534) และเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด ทำให้ร่างกายสามารถได้รับออกซิเจนได้อย่างเพียงพอ อีกทั้งการออกกำลังกายยังช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตให้เข้าสู่ภาวะปกติ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533)

3. ระบบหายใจ การออกกำลังกายทำให้ทรวงอกขยายใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการหายใจมีความแข็งแรง โดยเฉพาะกระบังลม และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ทำให้ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้า ออก ในแต่ละครั้ง (Tidal volume) เพิ่มขึ้น ความจุปอด (Vital capacity) และความสามารถในการหายใจสูงสุดต่อนาที (Maximum breathing capacity) เพิ่มขึ้น

4. ระบบประสาท การออกกำลังกายทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และยังช่วยให้ความคิด ความจำ สภาพจิตใจให้ดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการนอนหลับให้ดีขึ้น

5. ระบบทางเดินอาหาร การออกกำลังกายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร และช่วยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้ดีขึ้น จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุลดการเกิดอาการท้องผูก

6. ระบบต่อมไร้ท่อ การออกกำลังกายกระตุ้นการทำงานของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะต่อมหมวกไต ทำให้มีการหลั่งคอร์ติซอล นอร์อีนาลิน และกลูคากอนเพิ่มขึ้น ทำให้อินซูลินในกระแสเลือดลดลง แต่มีประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ดีขึ้น



7. ระบบภูมิคุ้มกัน การออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ให้มีการเพิ่มจำนวนของทีเซลล์ในผู้สูงอายุ (Wood et al, 1999)

ข) ด้านจิตใจ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์โกรธ และภาวะซึมเศร้า โดยการออกกำลังกายจะทำให้ต่อมใต้สมองหลั่งสารจำพวกเอนโดฟินออกมา (Singh, M. A. F., 2002) และผลทางอ้อมจากการออกกำลังกายยังช่วยให้จิตใจสงบ ซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อการจดจำ และยังทำให้มีความสุขในชีวิต รู้สึกสนุกสนาน ส่งผลต่อบุคลิกภาพในทางบวก (เจก ธนะศิริ, 2534)

ค) ด้านสังคม การออกกำลังกาย อย่างเช่นการเล่นกีฬาร่วมกัน ช่วยให้ความสามารถในการตัดสินใจดีขึ้น ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพในระหว่างบุคคล ครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และให้เกิดความรู้สึกตื่นตัวและมีสติตลอดเวลา (กระทรวงสาธารณสุข, 2538)

ง) ด้านเศรษฐกิจ การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายในด้านต่างๆ ให้เพิ่มมากขึ้น ทำให้การทำงานของร่างกายระบบต่างๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงไม่เกิดการเจ็บป่วยและไม่ต้องขาดงานซึ่งจะทำให้มีรายได้ลดลง และยังทำให้สามารถช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้

#### 4.5 ข้อจำกัดในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

แม้การออกกำลังกายจะมีผลดีต่อสุขภาพแต่ก็ยังมีผลเสียเกิดขึ้นได้หากการออกกำลังกายไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง ซึ่ง เสก อักษรานุเคราะห์ (2534) ได้เสนอข้อจำกัดในการออกกำลังกายไว้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดยาอินซูลิน การออกกำลังกายจะทำให้การดูดซึมและการทำงานของอินซูลินเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ สำหรับในรายที่รับประทานยา จะพบปัญหาดังกล่าวน้อย อีกทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอย่างรุนแรง และควบคุมไม่ได้มักจะมีความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เนื่องจากไม่สามารถปรับความดันโลหิตได้เมื่อออกกำลังกาย

2. การเสื่อมสภาพของกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ เมื่อมีการเสื่อมสภาพและมีการอักเสบเรื้อรังต่อกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ จะทำให้เกิดความเจ็บปวด บวม ข้อติดและอ่อนแรงได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของอวัยวะดังกล่าวจึงไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างเต็มที่

3. ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคหัวใจ ได้แก่ เจ็บหน้าอกไม่แน่นอน หัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะที่ควบคุมไม่ได้ ห้ามออกกำลังกายเด็ดขาด (เรืองศักดิ์ ศิริผล, 2542) แต่ในรายที่สามารถควบคุมอาการได้ ให้ออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเฉพาะ

4. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ห้ามออกกำลังกายเด็ดขาด (ปิยะนุช รักพานิช, 2542)

#### 4.6 ปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกาย

ปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ มีปัจจัยหลากหลายอย่างแตกต่างกันออกไป โดยได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกายไว้ ดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช (2542) กล่าวว่า ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้นั้น ประกอบไปด้วย นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุ สถานบริการทางสุขภาพที่เป็นแหล่งให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ล้วนมีผลช่วยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อีกทั้งมาตรการหลักในการเผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุรู้จักปรับตัวดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค โภชนาการ การออกกำลังกายด้วยรูปแบบต่างๆ ตลอดจนจัดให้มีบริการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม สำหรับการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับโอกาสในการส่งเสริมการออกกำลังกายได้มากขึ้น

Burbank และคณะ (2002) ได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transtheoretical Model) มาใช้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนพฤติกรรมหันมาเริ่มต้นออกกำลังกายนั้น ประกอบไปด้วย 5 ระยะ โดยในระยะที่ 5 เป็นการคงไว้ซึ่งการออกกำลังกาย หรือระยะ Maintenance ซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูงอายุจะคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุต้องมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุที่ผ่านระยะนี้ไปแล้ว จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ และปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านระยะนี้ไปได้ คือ การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย และ แรงจูงใจตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งความชอบในประเภทของการออกกำลังกายมีส่วนช่วยให้เกิดแรงจูงใจตนเองได้ ประกอบกับการได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกายจะช่วยผู้สูงอายุตัดสินใจออกกำลังกายได้ดีขึ้น

การออกกำลังกายของผู้สูงอายุมักจะมีอุปสรรคร่วมด้วยเสมอ การที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้นั้นจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจอย่างยิ่ง และผู้สูงอายุจะไม่สามารถออกกำลังกายได้เลย หากผู้สูงอายุไม่มีปัจจัยสนับสนุนเข้ามาช่วย โดย Phillips, Schneider และ Mercer (2004) กล่าวว่า การที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้นั้น สามารถทำได้โดยการให้ความรู้ในการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายในระดับที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ง่ายแล้วค่อย ๆ เพิ่มเป้าหมายขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการออกกำลังกาย รูปแบบการออกกำลังกายที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายเกินรายได้ของผู้สูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยแก่การออกกำลังกาย จัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคหรือสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนการออกกำลังกายของตนเอง จัดตารางการออกกำลังกาย มีการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน มีนัก

ภาพถ่ายบำบัด และ กิจกรรมบำบัดเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ Nied และ Franklin (2002) มีความเห็นสอดคล้องกัน โดยการทำที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ใน ยาวนานนั้น ต้องมีการจัดการอุปสรรคให้หมดไป และมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกาย ได้ โดยปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการออก กกำลังกาย การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสหรือครอบครัว และการได้รับแรงเสริมจากบุคลากร ในทีมสุขภาพ

ปัจจัยสนับสนุนอย่างหนึ่งซึ่งชี้ถึงความสำเร็จของการออกกำลังกาย ได้แก่ สมรรถภาพ ทางกาย สมรรถภาพทางกลไกของร่างกาย และยังมีองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ที่มีผลเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สภาวะแวดล้อม อาหาร ยากระตุ้น เสียงเชียร์หรือแรงจูงใจต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นปัจจัย ส่วนหนึ่งที่มีผลทำให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นได้ (พีระพงศ์ บุญศิริ และภมร เสนาฤทธิ์, 2544) และในผู้สูงอายุที่เพิ่งเริ่มต้นในการออกกำลังกาย วิรุพห์ เหล่าภัทรเกษม (2537) กล่าวว่า ควร ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายเป็นพิเศษ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เพิ่งเริ่มออกกำลังกาย สามารถคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายได้ นั้น ได้แก่ รูปแบบการออกกำลังกาย โดยผู้ที่เพิ่งเริ่มออกกำลัง กายควรจะต้องเลือกแบบการออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องการทักษะมากนัก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย จึงเปลี่ยนเป็นแบบที่สนุกขึ้น และสามารถปฏิบัติได้ตลอด

ชูศักดิ์ เวชแพทย (2538) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นสิ่งที่อยู่เบื้องหลังของการกระทำต่าง ๆ ของมนุษย์ ในการออกกำลังกายก็เช่นเดียวกัน โดยแรงจูงใจในทางบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย มากกว่าแรงจูงใจในทางลบ เช่น แรงจูงใจในการออกกำลังกายเนื่องจากกลัวเป็นโรคหัวใจ กลัว อ้วน หรือกลัวว่าไม่ค่อยแข็งแรง ข่อมไม่ดีเท่าการจูงใจในทางบวก เช่น จูงใจว่าการออกกำลังกาย นั้น ๆ ทำให้ท่านมีสุขภาพดีขึ้น ทำให้รูปร่างของท่านดีขึ้น ทำให้ท่านมีพลังมากขึ้น และรวมทั้งทำ ให้ท่านสามารถยังประโยชน์ได้อีกนาน

อีกทั้งสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม ควรเป็นสถานที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ไม่มีมลพิษ หรือเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยจากการเกิดอันตราย เช่น สถานที่ออกกำลังกายที่มีรั้วผ่าน

ความแข็งแรงของร่างกาย เมื่อคนเรามีอายุมากขึ้นย่อมมีกำลังหรือความแข็งแรงน้อยลงไป ผู้สูงอายุนั้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีความจำเป็นเพื่อต่อต้านอันตรายที่จะเกิดขึ้น เช่น สามารถ ต่อต้านการล้มของร่างกายได้ดีขึ้น ลดแรงกระแทกได้ดีขึ้น เคลื่อนไหวได้เร็วขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยง อุบัติเหตุ ผู้สูงอายุมักมีโอกาสดูรับอันตรายจากการล้มหรือการกระทบกระแทกได้มากกว่า ดังนั้น ความแข็งแรงจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการออกกำลังกาย

ความสนุกสนานที่ได้รับจากเกมส์ กีฬา หรือการออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับบุคคลทุกอายุ เพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมได้ความรู้สึกลึกต่าง ๆ เช่นความกระตือรือร้น ความเอา ใจใส่ ความตื่นตัว ความสนุกสนานที่ได้เคลื่อนไหว และการที่ได้แสดงผลออกมา ซึ่งส่งผลถึง

การรับความรู้สึกทางร่างกายและจิตใจ จะทำให้การออกกำลังกายนั้น ๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากระบบประสาททำงานในระดับสูง รวมทั้งการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ จะถูกกระตุ้นมากขึ้น ดังนั้นควรหากิจกรรมที่เหมาะสม และเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นจิตใจ เช่น การใช้เสียงดนตรีเป็นเครื่องกระตุ้นให้รู้สึกสดชื่น แต่ทั้งนี้ในการเลือกกิจกรรม กีฬา เกมส่ หรือประเภทการออกกำลังกาย สามารถเลือกได้จากความชอบของผู้สูงอายุ และควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

สรุป ปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้น หรือทำให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่องนั้น พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการออกกำลังกายได้แก่ อายุ ความแข็งแรงของร่างกาย แรงจูงใจ ความชอบรูปแบบการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ในการออกกำลังกาย การจัดอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสม สถานที่ในการออกกำลังกายที่มีความปลอดภัย และมีอากาศบริสุทธิ์ รูปแบบการออกกำลังกาย ความสนุกสนานในการออกกำลังกาย และเพื่อน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น หรือ สามารถคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายได้โดยทำให้เกิดแรงจูงใจในการมาออกกำลังกายและมีความสะดวกในการมาออกกำลังกาย และที่สำคัญในการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมาออกกำลังกายได้ ต้องมีการจัดการกับอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุแต่ละรายร่วมด้วย จึงจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอต่อไป

#### 4.7 อุปสรรคในการออกกำลังกาย

อุปสรรคตามแนวคิดของ Pender (2002) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่มาขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคคลปฏิบัติพฤติกรรม หรือจูงใจให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำดี และมีอุปสรรคมากการกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้ามีความพร้อมในการกระทำสูงและมีอุปสรรคน้อยความเป็นไปได้ในการกระทำก็มากขึ้น โดยอุปสรรคเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพได้

Phillips และคณะ (2004) ศึกษาแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่าอุปสรรคในการออกกำลังกายจะพบว่ามีเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุลงความเห็นว่ายอุปสรรคในด้านเวลา รายได้ และครอบครัว เป็นอุปสรรคที่เล็กน้อยเมื่อเทียบกับอุปสรรคที่เกิดจากการที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดอุปสรรคด้านความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความกลัวที่จะได้รับบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย กลายเป็นอุปสรรคที่ผู้สูงอายุวิตกกังวลอย่างมาก โดยอุปสรรคในการออกกำลังกายสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท





1) อุปสรรคที่เกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การหกล้ม การกั้วการหกล้ม การได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วย ความเจ็บปวด น้ำหนัก รูปลักษณ์ภายนอก ทักษะในการออกกำลังกาย ความรู้ และการออกกำลังกายเกินเวลาหรือเกินขีดความสามารถของร่างกาย

2) อุปสรรคที่เกิดจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ ไม่มีรายได้ การเดินทาง ที่จอดรถ สภาพอากาศ เพื่อนร่วมออกกำลังกาย สิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นกลุ่ม อาจารย์สอนออกกำลังกาย

สำหรับอุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายนั้น O'neill และ Reid (1991) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุเกี่ยวกับอุปสรรคในการออกกำลังกายแบ่งอุปสรรคออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านร่างกายเป็นอุปสรรคที่เกี่ยวกับสภาพร่างกาย เช่น การทรงตัวไม่ดี ความอ่อน รวมทั้งความเจ็บป่วย

2) ด้านจิตใจ เป็นอุปสรรคเกี่ยวกับทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกที่ไม่ถูกต้องเรื่องการออกกำลังกายรวมถึงทัศนคติในทางลบ ทัศนคติในทางลบที่มีต่อความสามารถในการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นผลมาจากความเชื่อ สังคม วัฒนธรรมที่ได้รับมา เช่น คิดว่าไม่สามารถออกกำลังกายได้ รู้สึกว่าแก่เกินไป

3) ด้านการจัดการ เป็นอุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการในการออกกำลังกาย โดยพิจารณาจากความ สามารถในการออกกำลังกาย รวมทั้งการเดินทางไปออกกำลังกายไม่สะดวก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น

4) ด้านความรู้เป็นอุปสรรคที่เกี่ยวกับการขาดความรู้ในเรื่องของผู้สูงอายุและการออกกำลังกาย

Nied และ Franklin (2002) กล่าวถึงอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุแบ่งเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งอุปสรรคที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ ได้แก่ การขาดสมรรถนะแห่งตน ทัศนคติที่ไม่ดี ความไม่สุขสบาย ความพิการ การทรงตัวผิดปกติ กั้วการบาดเจ็บ งานอดิเรกอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย รายได้จำกัด การรับรู้บกพร่อง ความเจ็บป่วยและเหนื่อยล้า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพอากาศ ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย ซึ่งอุปสรรคในผู้สูงอายุแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันออกไปแล้วแต่บุคคล พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีอุปสรรคทางด้านความไม่สุขสบายทางด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ หรือมีความพิการเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถออกกำลังกายได้ ซึ่งการให้ความรู้ โดยเน้นถึงความสำคัญของประโยชน์ในการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายที่ปลอดภัย จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังกายเพิ่มขึ้นได้

พีระพงษ์ บุญศิริ และภมร เสนาฤทธิ์ (2544) กล่าวว่า ความสามารถในการออกกำลังกายระหว่างผู้สูงอายุและคนหนุ่มสาวมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุนั้นมีสภาวะความเป็นอยู่ การทำงาน ภาระหน้าที่ เป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกาย นอกจากนี้สภาวะทางกายที่เริ่มเสื่อมโทรมลง สภาพสังคมหรือสิ่งแวดล้อมนับเป็นตัวการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพทางกายของบุคคล โดยสมรรถภาพทางกาย และสมรรถภาพทางกลไกของร่างกาย เป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จของการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่เกี่ยวข้องนั้นมีอยู่ 2 ทาง คือ

1) ปัจจัยด้านสภาพร่างกาย (Body function) หมายถึง สภาพร่างกายโดยทั่วไป ที่เป็นตัวแสดงออกถึงสมรรถภาพทางกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภาวะน้ำหนักของบุคคล การทำงานของหัวใจ และระบบประสาท เป็นต้น โดยในวัยสูงอายุจะมีความเสื่อมโทรมของระบบต่างๆ ซ้ำต่อ กล้ามเนื้อและเอ็นเริ่มหย่อนสมรรถภาพลง นอกจากนี้สภาวะทางกายพยาธิสภาพ โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้น ย่อมมีผลต่อสภาพร่างกายทั้งสิ้น ทำให้ความพร้อมหรือความสมบูรณ์ทางกายค่อยๆ ลดลง ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง

2) ปัจจัยด้านสภาพสิ่งแวดล้อม (Environment function) คือ สิ่งต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อ การออกกำลังกาย เช่น ยา สิ่งกระตุ้นต่างๆ บุหรี่ แอลกอฮอล์ สิ่งกระตุ้นทางจิตใจ เป็นต้น

เสก อักษรานุเคราะห์ (2525) กล่าวว่า อุปสรรคในการออกกำลังกายนั้น มีสาเหตุหลาย ๆ อย่าง ที่ทำให้การออกกำลังกายลดลง ทำได้ไม่เต็มที่ หรือทำแล้วเกิดอันตราย

1) อายุ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความสามารถของร่างกายจะลดลง ความทนทานจะลดลง ความว่องไวจะลดลง ความสามารถในการถ่ายเทออกซิเจนลดลง เมื่อเป็นเช่นนั้น ความสามารถในการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายจึงลดลงไปด้วย

2) ความแข็งแรงของร่างกาย การกีฬา หรือการออกกำลังกายทุกประเภท จำเป็นต้องมีความสมบูรณ์ของร่างกาย เพราะถ้าร่างกายไม่สมบูรณ์เพียงพอเท่ากับการเพิ่มโอกาสให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายได้รับบาดเจ็บมากขึ้น

3) โรคประจำตัวต่าง ๆ โรคเบาหวาน โรคของกระดูก ข้อ และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคตับ โรคไต โรคปอด โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ในบุคคลที่มีโรคต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนทำให้การออกกำลังกายไม่สามารถทำได้เต็มที่ มีข้อจำกัดเกิดขึ้น และจำเป็นต้องมีการออกกำลังกายที่เฉพาะในแต่ละโรค โดยต้องคำนึงถึงประเภทของการออกกำลังกาย กับสภาวะของโรคนั้น ๆ

การออกกำลังกายทุกชนิดมีจุดอ่อนในตัว ซึ่งผู้ออกกำลังกายต้องคำนึงถึงอย่างมาก และการจะแนะนำให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังกาย จำเป็นต้องพิจารณาถึงคน ๆ นั้นก่อนว่ามีอุปสรรค และข้อจำกัดในการออกกำลังกายอะไรบ้าง แล้วจึงแนะนำการออกกำลังกายที่ไม่มีจุดอ่อนนั้นให้ เพื่อเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

สรุป อุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถออกกำลังกายได้นั้นมีหลากหลายออกไป โดยจากข้อค้นพบที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า อุปสรรคในการออกกำลังกายสามารถแบ่งประเภทของอุปสรรคได้หลากหลายรูปแบบออกไป โดยพบว่าทางด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกาย โรคประจำตัวต่าง ๆ ทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกในทางลบ ความเชื่อ สิ่งกระตุ้นทางจิตใจ ปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อม การเดินทาง บุหรี่ สถานที่ออกกำลังกาย รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านอายุ ความรู้ ล้วนเป็นอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุทั้งสิ้น แต่ในผู้สูงอายุแต่ละรายนั้นอุปสรรคที่พบบ่อยมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล ดังนั้นในการที่จะส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาอุปสรรคในผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เพื่อที่จะสามารถทราบถึงอุปสรรคที่แท้จริงในผู้สูงอายุบุคคลหรือกลุ่มนั้นๆ และสามารถจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะออกกำลังกายได้เพิ่มมากยิ่งขึ้นต่อไป

## 5 การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มได้เริ่มนำมาใช้ในปี ค.ศ.1914 โดย Robert Merton ซึ่งได้เชิญผู้ฟังรายการวิทยุมาร่วมวงสนทนาเพื่อประเมินการจัดรายการ ต่อมาได้มีการนำเทคนิคการสนทนากลุ่มไปใช้ในการวิจัยทางการตลาด เพื่อ รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจ และมูลเหตุจูงใจของผู้บริโภคที่มีต่อสินค้า (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2547) ต่อมาได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในทางการศึกษาทางด้านสังคมศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และกำลังเป็นที่นิยมในการวิจัยทางการแพทย์ (Reed and Roskell-Payton, 1997) การสนทนากลุ่มแปลมาจากภาษาอังกฤษซึ่งมีการใช้คำที่แตกต่างกัน ได้แก่ Focus group interview, Focus group, Focus group discussion, Group indepth interview ส่วนภาษาไทยที่นิยมใช้ได้แก่ การสัมภาษณ์กลุ่ม และการสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2547) การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิคในการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการได้แก่ 1) ต้องมีความชัดเจนในปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งการสนทนากลุ่มเป็นวิธีการวิจัยที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างมาก 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลได้มาจากการสนทนาและการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม 3) ผู้วิจัยต้องเป็นที่ยอมรับและมีบทบาทอย่างมากในจัดกลุ่มสนทนาให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Morgan, 1996)

การสนทนากลุ่มหมายถึง การวางแผนในการพูดคุยแลกเปลี่ยน สนทนากันอย่างรัดกุม โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ ความรู้สึก ทศนคติ และความคิดรวบยอดของกลุ่มในการสนทนา เพื่อศึกษาในประเด็นที่สนใจ (Kahan, 2001: 130) การสนทนากลุ่มเป็นการรวมบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกันมาร่วมกันสนทนาพร้อม ๆ กันเพื่อที่จะค้นหารวบรวมความรู้สึกหรือความคิด

ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ว่าคิดอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไรในผลผลิต หรือการบริการ (Krueger and Casey, 2000)

การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มบุคคลที่มีภูมิหลัง และคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ทั้งในด้านภูมิหลังทางสังคม ความรู้ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่นำมาสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มบุคคลเหล่านั้นจะมาร่วมวงสนทนาแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในลักษณะของการสนทนาที่เรียกว่า “จับเข้าคุยกัน” กล่าวคือ เป็นการสนทนาอย่างอิสระ และแสดงความคิดเห็นตามมุมมองที่แท้จริงของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) เป็นผู้ตั้งประเด็นคำถาม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มหรือผู้ร่วมสนทนาได้ให้ข้อมูล และแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ขณะสนทนากลุ่มจะมีผู้จดบันทึกการสนทนากลุ่ม (Note taker) โดยบันทึกคำสนทนาอย่างละเอียด บันทึกบรรยากาศระหว่างการสนทนากลุ่ม บันทึกพฤติกรรมและสีหน้าท่าทางของผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้มีผู้คอยให้บริการ (Provider) 1-3 คน สำหรับบริการความสะดวกแก่ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

### 5.1 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มเป็นการวิจัยที่ต้องการทรัพยากรสนับสนุนที่จำเป็นทั้งด้านเวลา ความสามารถ พรสวรรค์หรืองบประมาณ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กัน โดยการสนทนากลุ่มมีขั้นตอนในการสนทนากลุ่ม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การหาผู้เข้าร่วมสนทนา 3) การดำเนินการสนทนากลุ่ม และ 4) การวิเคราะห์และรายงานผล (Morgan, 1998) โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการสนทนากลุ่ม เพราะการที่จะประสบความสำเร็จในการสนทนากลุ่มหรือไม่ขึ้นอยู่กับวางแผนในขั้นแรก คือ ต้องมีการกำหนดประเด็น หรือหัวข้อในการวิจัยที่ต้องการคำตอบจากการสนทนากลุ่ม และมีการวางแผนในเรื่องต่อไปนี้ วัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่ต้องการจากการสนทนากลุ่ม ระบุบทบาทของผู้ให้การสนับสนุน ระบุบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในการทำงาน วางแผนตารางเวลาสำหรับการทำงาน กำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการสนทนา จัดเตรียมสถานที่ วัน เวลาที่จะทำการสนทนากลุ่ม วางแผนการวิเคราะห์ วางแผนการรายงานผล ซึ่งลักษณะและประเภทของคำถามตามรูปแบบการจำแนกการสร้างแนวคำถามของ Krueger และ Casey (2000) ได้แบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1 คำถามเปิดการสนทนา (Opening question) เป็นคำถามง่าย ๆ ทั่วไป ช่วยให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้มีโอกาสพูดทุกคนในเวลาอันรวดเร็ว และช่วยให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มรู้สึกสบาย ไม่เป็นคำถามที่ทำให้รู้สึกถึงความแตกต่างกันในกลุ่ม เช่น ระดับการศึกษา เป็นต้น



2 คำถามเกริ่น (Introduction question) เป็นคำถามแนะนำหัวข้อในการสนทนา เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเชื่อมโยงความคิดของตนกับหัวข้อการสนทนา เป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มบอกถึงความรู้สึก ความเข้าใจเกี่ยวกับหัวข้อในการสนทนา เป็นการเปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ของตนเอง

3 คำถามเข้าสู่ประเด็น (Transition question) เป็นการเปลี่ยนการสนทนาเข้าสู่ประเด็นหลักที่สนใจศึกษา เป็นคำถามที่เชื่อมโยงกับคำถามเกริ่นกับคำถามหลักในการสนทนา แต่เป็นคำถามที่ลึกกว่าคำถามเกริ่นช่วงนี้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะตระหนักว่ามองเห็นประเด็นนี้เป็นอย่างไร

4 คำถามหลัก (Key question) เป็นคำถามหลักที่ใช้ในการศึกษา จะมีคำถามประมาณ 2-5 คำถาม ให้ความเวลาในการอภิปรายกลุ่มอย่างเพียงพอ คือประมาณ 10-20 นาที และผู้ดำเนินการสนทนาต้องมีการหยุดและใช้คำถามเจาะลึกเมื่อได้ข้อคำตอบในประเด็นที่ต้องการ ซึ่งคำถามหลักจะใช้เวลาประมาณครึ่งหนึ่ง หรือหนึ่งในสามของการสนทนา

5 คำถามจบการสนทนา (Ending question) คำถามนี้จะช่วยปิดการอภิปรายและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับประเด็นที่สนทนากันมาอีกครั้ง คำถามจบการสนทนามี 3 ชนิด

ก. คำถามที่ช่วยกันพิจารณาทั้งหมดอีกครั้ง (All-things-considered question) เป็นคำถามที่ช่วยอภิปรายว่าสิ่งที่พูดมาอะไรที่สำคัญที่สุด ต้องการให้ทำอะไรมากที่สุด และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้ความกระจ่างในเรื่องดังกล่าวจะมีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการแปลความ หรือให้นำหนักข้อมูล

ข. คำถามสรุป (The summery question) เป็นคำถามที่ถามหลังจากดำเนินการสนทนากลุ่มได้สรุปสิ่งที่ได้ในการสนทนากลุ่มใช้เวลา 2-3 นาที และถามผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มว่าข้อสรุปที่ได้เพียงพอหรือไม่

ค. คำถามสุดท้าย (The final question) มีวัตถุประสงค์เพื่อประกันว่าได้วิเคราะห์สรุปผลการสนทนากลุ่มเรียบร้อยแล้ว หรือเป็นคำถามที่ถามถึงทักษะการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มว่าเป็นอย่างไร โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องถามครั้งต่อไปรวมแล้วจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที

โดยมีวิธีการสร้างแนวคำถามตามรูปแบบของ Krueger และ Casey (2000) 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การระดมสมอง (Brainstroming) โดยมีการจัดกลุ่มในการสนทนา โดยให้มีจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนาประมาณ 4-6 คน ซึ่งมีความแตกต่างในพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น เป็นผู้ชำนาญการในเรื่องที่ต้องการศึกษา เป็นผู้ที่มิประสบการณ์ในการสนทนากลุ่ม หรือเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ต้องการศึกษา ทำการสนทนาประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยเริ่มจากการทบทวนจุดประสงค์ในการ

ศึกษาวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมสนทนาคำตั้งใจฟัง และให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นคำถามที่จะใช้ โดยให้มีผู้จัดบันทึก 1 ราย และมีการพูดคุยเกี่ยวกับข้อคำถามที่เสนอมา โดยไม่จำเป็นต้องแยกชนิดของข้อคำถาม

2. การจัดกลุ่มข้อความของคำถาม (Phrasing the question) การจัดกลุ่มข้อความของคำถาม และการจัดลำดับข้อคำถาม (Sequencing the question) มักจะทำเวลาเดียวกัน โดยผู้วิจัยเริ่มคัดเลือกข้อคำถามที่รวบรวมได้ทั้งหมด และเริ่มแยกคำถามตามที่มีประเด็นหลักในการศึกษาและจัดคำถามที่เหมาะสมในการสนทนากลุ่ม และสร้างแนวคำถามขึ้นจากประเด็นหลักที่รวบรวมได้ในการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 โดยสร้างเป็นคำถามที่มีลักษณะ ดังนี้

ก. เป็นคำถามปลายเปิดที่บอกเล่าเรื่องราวได้อย่างกว้างขวางไม่ปิดกั้น และควรระวังคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะปิดกั้นคำตอบ เช่น ลักษณะคำถาม “ราคาเท่าไร” เป็นต้น และควรมีการเปรียบเทียบระหว่างข้อคำถามที่มีคล้ายคลึงกันและเลือกข้อคำถามที่สามารถให้ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถอธิบายได้มากกว่า

ข. เป็นคำถามที่ช่วยให้ผู้นำร่วมสนทนาเกิดความคิด กระตุ้นให้คิด หรือทำให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างกว้างขวาง เช่น “กรุณาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ....”

ค. หลีกเลี่ยงการใช้คำถามว่า “ทำไม” เนื่องจากเป็นคำถามที่ทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนา รู้สึกว่าตนเองผิด หรือทำไมไม่เหมาะสม

ง. ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจน ไม่คลุมเครือหรือทำให้เกิดความสับสนใช้คำพูดเหมือนบุคคลในวงสนทนา หรือใช้ภาษาท้องถิ่นในการถาม และใช้น้ำเสียงในการถามเหมือนการสนทนากันตามปกติ

จ. ควรระมัดระวังในการยกตัวอย่าง เนื่องจากในการศึกษาประเด็นที่ต้องการศึกษาเป็นเรื่องที่กว้าง แต่หากมีการยกตัวอย่างจะทำให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาติดติดกับตัวอย่าง และไม่ได้ข้อมูลในด้านอื่นๆ เพิ่มเติม

3. การจัดลำดับข้อคำถาม (Sequencing the question) เรียงลำดับตามความสำคัญของคำถาม โดยเริ่มด้วยคำถามทั่ว ๆ ไป ไม่เฉพาะเจาะจง เป็นคำถามง่าย ๆ หลีกเลี่ยงการใช้คำถามหลักในการเริ่มต้น จนไปถึงคำถามที่เฉพาะเจาะจงตามประเด็นที่สนใจศึกษา ซึ่งมีข้อควรคำนึงถึงในการเรียงลำดับข้อคำถาม ดังนี้

ก. ควรใช้คำถามเชิงบวกก่อนคำถามเชิงลบ ซึ่งในการใช้ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทั้ง 2 ด้าน และในการจัดลำดับข้อคำถามเชิงบวกก่อนเชิงลบ เพื่อให้การสนทนาเป็นไปอย่างสะดวกและราบรื่น เพราะในการแสดงความคิดเห็นในทางบวกก่อน ย่อมมีผู้ที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน หรือไม่เห็นด้วย ก็จะพยายามที่จะแสดง

ความคิดเห็นของคนออกมา ซึ่งง่ายต่อผู้ดำเนินการสนทนาในการให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาแสดงความคิดเห็นเชิงลบต่อไป

ข. ใช้คำถามที่ไม่บอกใบ้ ก่อนคำถามที่บอกใบ้ ในการถามคำถามที่ไม่บอกใบ้ก่อน เพื่อให้คำตอบที่ได้มีหลากหลายประเด็น และเกิดการพิจารณาถึงประเด็นต่าง ๆ ที่ได้ทั้งหมด เพื่อนำไปสู่ประเด็นที่กลุ่มสนทนาสนใจ และเห็นว่ามีมีความสำคัญ และเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาดังกล่าว ซึ่งพบว่าบ่อยครั้งที่ประเด็นที่กลุ่มสนทนาให้ความสนใจมาก ๆ มักจะเป็นประเด็นที่สำคัญด้วย

4. กำหนดระยะเวลาในแต่ละข้อคำถาม (Estimating time for question) ควรมีการ กำหนดระยะเวลาในการถามแต่ละคำถาม โดยในการทำกลุ่มสนทนาแต่ละครั้งควรใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ½ ถึง 2 ชั่วโมง ในการกำหนดระยะเวลาในแต่ละข้อคำถาม มีข้อควรคำนึงดังนี้

ก. ข้อคำถามควรเป็นคำถามที่มีความสมบูรณ์ควรมีปรับข้อคำถามให้เหมาะสม ไม่ควรใช้ข้อคำถามหลาย ๆ คำถามเพื่อให้ได้คำตอบในประเด็นที่ต้องการเพียงประเด็นเดียว โดยอาจรวบข้อคำถามเหล่านั้น ให้สามารถถามเพียงคำถามเดียวแล้วได้คำตอบตามประเด็นที่ต้องการได้

ข. ประเภทของข้อคำถาม โดยคำถามคำถามเปิดการสนทนาและคำถามเกริ่น ไม่ควรใช้เวลานาน ควรใช้เวลากับคำถามหลักให้มากกว่า

ค. การจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนาที่มีความรู้ ความชำนาญ ในกลุ่มที่มีผู้มีความรู้ ความชำนาญ จะใช้เวลาค่อนข้างมากในการสนทนา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ ความชำนาญน้อยกว่า เช่นควรใช้ข้อคำถาม 10 ข้อในกลุ่มที่มีความรู้ ความชำนาญ และใช้คำถาม 14 ข้อในกลุ่มที่มีความรู้ ความชำนาญน้อยกว่า

ง. ขนาดของกลุ่มสนทนา ในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ หรือมีผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา มากก็จะใช้ระยะเวลาในการสนทนามากกว่ากลุ่มที่มีผู้เข้าร่วมการสนทนา น้อย

จ. ระดับของการสนทนาที่ผู้วิจัยต้องการในแต่ละข้อคำถาม ถ้าผู้วิจัยต้องการ ข้อมูลเชิงลึกในข้อคำถามนั้น ๆ ก็จะใช้เวลามากกว่าข้อคำถามที่ไม่ต้องการข้อมูลเชิงลึก

5. การนำข้อคำถามให้ผู้อื่นตรวจสอบ (Getting feedback from others) เมื่อได้แนวคำถามเสร็จสิ้นแล้ว ส่งคำถามไปยังกลุ่มที่ช่วยในการระดมสมองเพื่อทบทวนข้อคำถามต่าง ๆ ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร ข้อคำถามช่วยให้ได้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ครบคลุมหรือไม่ เข้าใจข้อคำถามหรือไม่ ข้อคำถามทำให้เกิดความสับสนหรือไม่ ยังขาดประเด็นใดในการถามอีกหรือไม่

6. นำข้อคำถามไปทดลองใช้ (Testing the question) ก่อนนำข้อคำถามไปใช้ควรมีการทดสอบ โดยนำคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษานำมาถามด้วยแนวคำถาม โดยให้เขาช่วยบอกใน 2 ประเด็น

ก) เป็นคำถามที่มีความยากง่ายในการถามอย่างไร คำถามสั้นไหลหรือไม่ ข้อคำถามเข้าไปเข้ามาหรือไม่ ง่ายในการเขียนหรือไม่ หากมีข้อสงสัย ขอให้ช่วยแนะนำคำถามที่ง่ายขึ้นในการนำไปสนทนา

ข) คำถามทำให้เกิดความสับสนหรือไม่ยาวไปหรือไม่ ชัดเจนหรือไม่ ถ้าไม่ชัดเจน ช่วยบอกคำถามที่ง่ายขึ้น

หลังจากทดสอบแล้วให้นำไปใช้ในการสนทนากลุ่มที่ 1 ได้เลย ไม่จำเป็นต้องทำ Pilot study เนื่องจากสิ้นเปลืองและยุ่งยาก ถ้าผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่ 1 ไม่ดี ให้นำข้อคำถามกลับไปทบทวนอีกครั้ง ก่อนนำมาใช้ในการสนทนากลุ่มที่ 2 และก่อนการจบการสนทนากลุ่มที่ 1 ให้ผู้ร่วมสนทนาช่วยบอกเกี่ยวกับคำถาม ว่าทำให้เกิดความสับสนหรือไม่ เข้าใจยากหรือไม่ (Krueger and Casey, 2000)

## ขั้นที่ 2 การหาผู้เข้าร่วมสนทนา (Recruiting)

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญพอๆ กับการถามคำถามที่ดีของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มขณะทำการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ต้องระบุประชากรเป้าหมาย ตั้งคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนา พิจารณาจากเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ที่จะเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประเด็นที่ควรคำนึงในการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ร่วมสนทนากลุ่มคือ ความคล้ายคลึงในด้านภูมิหลังความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนทนากลุ่ม จุดประสงค์ในการกำหนดเกณฑ์ผู้ร่วมสนทนาแต่ละกลุ่ม ให้มีความคล้ายคลึงกัน (Homogeneous) ไม่ใช่เพื่อจุดประสงค์ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันในทุก ๆ เรื่องที่นำมาสนทนากลุ่ม แต่จุดประสงค์ที่สำคัญคือ ใช้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มไม่รู้สึกระห่ม่า ถ้าที่จะแสดงความคิดเห็น ทั้งในลักษณะที่คล้ายตามหรือลักษณะการมองต่างมุมกับผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เพราะหากผู้ร่วมสนทนากลุ่มมีคุณสมบัติที่ต่างกันมากเช่น ผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่มีการศึกษาดำกว่ารู้สึกด้อยหรือไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเพราะเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมเข้าสนทนากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าก็มักจะแสดงความคิดเห็นในลักษณะให้การสนับสนุนหรือคล้ายตามผู้ร่วมสนทนาที่มีการศึกษาสูงกว่า (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

ในการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม มีวิธีการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 7 วิธี ได้แก่ (Krueger and Casey, 2000)

- 1) การเลือกจากรายชื่อ เป็นวิธีการคัดเลือกที่รวดเร็วเนื่องจากได้รายละเอียดหรือข้อมูลพื้นฐานได้ง่าย เนื่องจากจะมีบันทึกของแต่ละองค์กร แต่ข้อมูลต้องมีความทันสมัย
- 2) การเลือกแบบ “Piggyback” (Piggyback focus group) เป็นการสนทนากลุ่มที่จัดขึ้นระหว่างเหตุการณ์หนึ่งที่ไม่ทำให้รบกวนจุดประสงค์หลักของเหตุการณ์นั้น เช่น จัดระหว่างว่างจากการประชุม ระหว่างมีอาหาร เป็นต้น



- 3) การคัดเลือกโดยใช้สถานที่ เป็นการจัดสนทนากลุ่มตามสถานที่ที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการมารวมตัวอยู่ เช่น ศูนย์การค้า สวนสาธารณะ สวนสัตว์ เป็นต้น
  - 4) การคัดเลือกจากการเสนอชื่อ เป็นการคัดเลือกที่เหมาะสมจะทำการสนทนากลุ่มในชุมชน ผู้วิจัยจะมีคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มอยู่แล้วจึงสอบถามบุคคลที่เป็นกลาง ที่จะให้รายชื่อบุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยต้องการได้ ได้แก่ พ่อค้า พระภิกษุ เป็นต้น
  - 5) การคัดเลือกจากการบริการ การให้บริการนี้จะอยู่ตามเมืองใหญ่ทั่วประเทศ ใช้ในการวิจัยด้านธุรกิจการตลาด มีการแบ่งตามลักษณะทางสังคมประชากรแต่จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าคัดเลือกกลุ่มทางโทรศัพท์
  - 6) การคัดเลือกจากการสุ่มทางโทรศัพท์ นิยมใช้ในการวิจัยทางการตลาด โดยการเลือกเบอร์โทรศัพท์จากสมุดโทรศัพท์ และโทรศัพท์ถามถึงคุณสมบัติที่ต้องการ
  - 7) ประกาศในหนังสือพิมพ์หรือบอร์ดประกาศนิยมนำใช้ในการวิจัยทางการตลาด และจะมีค่าตอบแทนเป็นเครื่องกระตุ้นการติดต่อกลับเพื่อเป็นผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม
- เมื่อเลือกวิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนาเสร็จแล้ว สำหรับจำนวนของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยทั่วไปคือจำนวน 6 -12 คน เพราะหากจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มน้อยกว่า 6 อาจทำให้การแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นระหว่างผู้ร่วมสนทนากลุ่มค่อนข้างน้อย แต่หากจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมากกว่า 12 คน จะทำให้การดำเนินการสนทนากลุ่มไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มอาจมีการจับกลุ่มย่อยคุยกัน หรือผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) ซึ่งนักวิชาการที่มีประสบการณ์ในการใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มได้ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่าจำนวนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่เหมาะสมที่สุด คือ 8 -10 คน (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิน แสงวงดี, 2536) ซึ่ง Krueger และ Casey (2000) กล่าวว่าจำนวนของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน แต่ถ้าเป็นการสนทนากลุ่มด้านการตลาด ควรมี จำนวนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มประมาณ 10-12 คน ถ้าเป็นการสนทนากลุ่มอื่น ๆ ควรมีจำนวนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 6-8 คน แต่ไม่ควรเกิน 10 คน สำหรับจำนวนกลุ่มที่จะทำการสนทนา Morgan (1996) กล่าวว่าควรมีจำนวนกลุ่มการสนทนา 4 – 6 กลุ่ม แต่ในการพิจารณาว่าจะมีจำนวนกลุ่มสนทนาก็กลุ่มนั้น ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturated) เป็นหลัก ซึ่งหลังจากการสนทนากลุ่มแรกเสร็จแล้ว กลุ่มต่อไปจะได้ข้อมูลใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นมาเพียงเล็กน้อยซึ่งผู้ดำเนินการสนทนาจะสามารถคาดเดาได้ถึงการสนทนาต่อไปของผู้เข้าร่วมการสนทนา แต่ในการเพิ่มจำนวนกลุ่มการสนทนายังมีความจำเป็นหากข้อมูลที่ได้ยังไม่มีความอิ่มตัว ทั้งนี้ Krueger และ Casey (2000) กล่าวว่าการจัดกลุ่มสนทนาโดยทั่วไปอาจจัด 3-4 กลุ่มต่อหนึ่งประเภทของผู้เข้าร่วมการสนทนา โดยที่สำคัญที่สุดคือการคำนึงถึงความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งความอิ่มตัวของข้อมูลหมายถึงการที่ได้รับข้อมูลหรือความคิดเห็นเพียงพอ และไม่ได้รับข้อมูล

ใหม่ ๆ เพิ่มเติมขึ้นมาอีก เหตุผลที่จัดกลุ่มสนทนาเพียง 3-4 กลุ่ม เนื่องจากการเลือกจัดกลุ่มสนทนาที่มีความหลากหลาย และจัดให้มีจำนวนกลุ่มสนทนาเพียงพอที่จะได้รับข้อมูลที่หลากหลายครบถ้วน อีกทั้งในการวิเคราะห์ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม สามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มได้ และหากไม่สามารถเปรียบเทียบหรือหาความแตกต่างได้ในการสนทนากลุ่มของผู้เข้าร่วมการสนทนา ให้จัดกลุ่มใหม่โดยแยกกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาให้แต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันในประเด็นที่ต้องการศึกษา เช่น แยกกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนาตามเพศ เป็นต้น (Krueger and Casey, 2000)

### ขั้นที่ 3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderating)

ในการดำเนินการสนทนากลุ่มควรใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ผู้ดำเนินการสนทนาจะเป็นผู้นำ และกำกับการสนทนาให้ดำเนินไปตามหัวข้อการวิจัย และตามแนวทางการสนทนากลุ่ม แต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ของกลุ่ม พิจารณาถึงความเหมาะสม (Denzin and Lincoln, 1998) โดยมีขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

1. เตรียมการสนทนากลุ่ม โดยเตรียมความพร้อมทางด้านต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และเตรียมความพร้อมของทีมงานในการสนทนากลุ่ม รวมทั้งสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ในการสนทนากลุ่ม

2. เมื่อเริ่มการสนทนากลุ่ม กล่าวต้อนรับผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ร่วมการสนทนากลุ่มมาถึงสถานที่สนทนาครบแล้ว ผู้วิจัยควรกล่าวต้อนรับผู้ร่วมการสนทนากลุ่มด้วยน้ำเสียง และสีหน้าที่เป็นมิตร และสร้างบรรยากาศให้อบอุ่น

3. กล่าวแนะนำคณะผู้วิจัย ทีมงาน และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยได้กล่าวแนะนำคณะผู้วิจัย และทีมงานทุกคน แนะนำผู้ร่วมการสนทนากลุ่มให้รู้จักกัน อาจสร้างกิจกรรมกลุ่มสร้างความคุ้นเคย ชี้แจงประเด็น วัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับจากการสนทนากลุ่ม รวมทั้งเหตุผลที่พิจารณาคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้มาร่วมการสนทนาในประเด็นหรือหัวข้อเรื่องที่ศึกษา เพื่อให้ผู้ร่วมการสนทนายรู้สึกเป็นเกียรติที่ตนได้รับการคัดเลือก และควรขออนุญาตในการบันทึกการสนทนาโดยผู้บันทึกการสนทนาและการบันทึกโดยใช้เครื่องบันทึกเสียง รวมทั้งขอถ่ายภาพการสนทนากลุ่ม

4. ขณะสนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มควรต้องกระทำบทบาทของตนในฐานะเป็นผู้นำการสนทนากลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคุณสมบัติของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม มีดังนี้ (Krueger, 1998)

- ก. มีความเข้าใจในกระบวนการกลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องมีความรู้ มีทักษะทางด้านกระบวนการกลุ่ม หรือได้รับการอบรมเพื่อใช้ในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม หรือ

ควบคุมกลุ่มเมื่อผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มพูดคุยก่อนนอกประเด็น หรือพยายามเข้าสู่ประเด็นเดิม โดยผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มไม่รู้ตัว และต้องเป็นบุคคลที่รักษาเวลาในการสนทนา

ข. มีความใฝ่รู้เกี่ยวกับหัวข้อที่ทำการสนทนา และต้องการทราบถึงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการสนทนา ไม่เป็นผู้เมินเฉย ไม่ใช่คำพูดเยาะเย้ยถากถาง สามารถแก้ไขสถานการณ์คับขันได้ในขณะสนทนา สามารถติดตามคำถามและเจาะลึกเมื่อต้องการข้อมูลในประเด็นนั้นได้ตลอดการสนทนา

ค. มีทักษะในการสื่อสาร สามารถสื่อสารได้อย่างกระชับชัดเจน ทั้งการพูด และการเขียนเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการถามคำถามในการสนทนา

ง. มีความเป็นมิตร และมีอารมณ์ขัน และควรจะมีอยู่เสมอเพื่อเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดำเนินการสนทนาและผู้เข้าร่วมการสนทนา

จ. สนใจในผู้เข้าร่วมการสนทนา ต้องเป็นผู้ที่ชอบอยู่กับผู้คน มีความเป็นมิตรให้กับทุกคน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน

ฉ. ใจกว้างยอมรับความคิดเห็นใหม่ ๆ ต้องเป็นผู้ยอมรับในการแสดงความคิดเห็นใหม่ ๆ ต้องเปิดใจยอมรับ ไม่ควรปิดกั้นคำแนะนำต่างๆ

ช. มีทักษะในการฟัง ให้ความสนใจในการฟัง ไม่ยั่วเย้าผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มสามารถพูดได้อย่างอิสระ

5. การสิ้นสุดการสนทนากลุ่มกล่าวขอบคุณผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม และมอบของที่ระลึกแก่ผู้ร่วมการสนทนากลุ่มเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณต่อผู้ร่วมการสนทนากลุ่มที่ได้ให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อประเด็นที่สนทนากลุ่ม

6. จัดเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ โดยการนำ เทปที่ได้จากการบันทึกการสนทนากลุ่ม การจดบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม รวบรวมไว้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

#### ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล (Analying)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องการ ซึ่งควรจดบันทึกไว้เพื่อเขียนรายงานการวิจัย ไม่ควรวิเคราะห์ถึงรายละเอียดปลีกย่อย ซึ่ง Goldman และ McDonald (1987 อ้างใน Fem, 2001) กล่าวว่าควรพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญ โดยคำนึงถึง 1) จุดประสงค์ในประเด็นที่ทำการสนทนากลุ่ม 2) ความหนักแน่น หรือความรุนแรงของความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3) เหตุผลเบื้องหลังที่ทำให้เกิดความรู้สึกเช่นนั้น 4) การสนทนาที่มีความมั่นใจ หรือทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี 5) การสนทนาที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง และประเภทในการวิเคราะห์ข้อมูลขึ้นอยู่กับสิ่งที่จะนำข้อมูลผลการศึกษาที่ได้ไปใช้อย่างไร ซึ่ง Morgan (1998) กล่าวว่า การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มไม่มีวิธีใดดีที่สุด หรือถูกต้องเหมาะสมที่สุด ขึ้นอยู่กับ

วัตถุประสงค์การวิจัย และข้อมูลที่ได้มา ควรมีการจัดประเภทข้อมูลตามความเข้าใจ มีการแปลความ และสรุปผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำการวิเคราะห์ให้เร็วที่สุดในกลุ่มแรก และมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบความหลากหลายของข้อมูลเพื่อใช้ในการสนทนาครั้งต่อไป โดยส่วนใหญ่ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้วิจัยจะเป็นผู้ถอดเทป และปรับข้อคำถามเพื่อให้ข้อคำถามเจาะลึกในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลโดย ชาย โพธิ์ธิดา (2547) ได้แบ่งกระบวนการวิเคราะห์ ข้อมูลออกเป็นหลักๆ อยู่ 3 ประการ คือ

1. การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) เป็นกระบวนการ จัดการด้วยกรรมวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ข้อมูลเป็นระเบียบ ทั้งในด้านกายภาพ และในทางด้านเนื้อหา พร้อมทั้งจะแสดงและนำเสนออย่างเป็นระบบได้ หรือการทำข้อมูลหลายประเภทซึ่งมาจากหลายแหล่งวิธีการ เช่น ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากการสังเกต ให้อยู่ในรูปของเอกสารที่เป็นระเบียบและเป็นระบบสามารถเรียกมาใช้ได้สะดวก และตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือได้ง่าย

2. การแสดงข้อมูล (Data display) เป็นกระบวนการนำเสนอข้อมูล ส่วนใหญ่อยู่ใน รูปของการพรรณนา อันเป็นผลมาจากการเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วเข้าด้วยกัน ตามกรอบแนวคิดที่ใช้วิเคราะห์เพื่อบอก “เรื่องราว” ของสิ่งที่ศึกษา และตามความหมายของข้อมูลซึ่งได้ถูกจัดระเบียบไว้ดีแล้ว “พูด” ออกมา

3. การหาข้อสรุป การตีความ และการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำตรงของผลการวิจัย (Conclusion, interpretation and verification) เป็นกระบวนการการหาข้อสรุปและการตีความหมายของผลหรือข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบว่า ข้อสรุป/ความหมายที่ได้ นั้นมีความถูกต้องแม่นยำตรง น่าเชื่อถือเพียงใด ข้อสรุปและสิ่งที่ตีความออกมานั้นอาจจะอยู่ในรูปของคำอธิบาย กรอบแนวความคิด หรือทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องที่ทำกรวิเคราะห์นั้น

ทั้งสามอย่างนี้ องค์ประกอบอย่างแรก คือ การจัดระเบียบข้อมูลนั้น อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการวิจัย คือก่อนการเก็บข้อมูล ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ส่วนองค์ประกอบอีกสองอย่างที่เหลือ คือการแสดงข้อมูลกับการหาข้อสรุปและการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำตรงนั้น เป็นสิ่งที่นักวิจัยควรเริ่มทำตั้งแต่ขั้นตอนที่กำลังเก็บข้อมูลอยู่ และควรทำต่อเนื่องไปจนถึงตอนที่เก็บข้อมูลเสร็จแล้ว การวิเคราะห์จะสิ้นสุดก็ต่อเมื่อนักวิจัยได้เขียน และปรับปรุงรายงานการวิจัยจนเป็นที่พอใจแล้ว

โดยการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์ได้ ดังนี้ (Krueger and Casey, 2000)

1 วิเคราะห์ข้อมูลจากบทสนทนาที่ถอดออกมาเป็นตัวอักษร (Transcript based) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบนี้จะทำโดยการถอดเทปทั้งหมดควบคู่กับการสนทนา และบันทึกภาคสนาม โดยการพิมพ์ทุกคำพูดในการสนทนาที่ละคนสลับกัน เมื่อผู้ดำเนินการสนทนาพูดจะพิมพ์เป็น



ตัวหนา และเว้นที่ด้านขอบไว้จดบันทึก ลงรหัส หรือจัดกลุ่ม ในการสนทนากลุ่มจะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง จะใช้เวลาในการถอดเทปประมาณ 8-12 ชั่วโมง หลังจากนั้นใช้ปากกาสีต่าง ๆ (Marking pen) ทำเครื่องหมายสิ่งที่ได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย หรือใช้กรรไกรตัดเพื่อแบ่งเป็นหมวดหมู่ก็ได้ และวิเคราะห์เปรียบเทียบสิ่งที่เหมือนกัน และแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม

2 วิเคราะห์ตามการบันทึกเสียงในเทป (Tape based-abridged transcript) การวิเคราะห์ตามเทปจะใช้น้อยกว่าการวิเคราะห์จากบทสนทนา และความน่าเชื่อถือของข้อมูลขึ้นอยู่กับการฟังของผู้ถอดเทป โดยจะใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น

3 วิเคราะห์ตามการจดบทสนทนา (Note based) การวิเคราะห์วิธีนี้มีข้อดี คือมีความไวมากกว่าวิธีอื่น แต่ความน่าเชื่อถือขึ้นอยู่กับความสามารถในการจดบันทึกการสนทนา เพราะ ฉะนั้นผู้จดบันทึกการสนทนาต้องมีความตั้งใจ และจดจ่ออยู่กับการสนทนากลุ่มตลอดเวลา

4 วิเคราะห์ตามความทรงจำ (Memory based) การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้ เหมาะสำหรับผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นเพราะต้องอาศัยทักษะ ศักยภาพ และประสบการณ์อย่างมากในการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม ภายหลังจากการสนทนากลุ่มเสร็จสิ้น ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องร่างโครงร่างการสนทนากลุ่มอย่างคร่าว ๆ และสรุปข้อมูลทั้งหมดออกมาจากความทรงจำในภายหลัง

การวิเคราะห์เนื้อหาเป็นการวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการสนทนากลุ่มอย่างหนึ่ง โดยการวิเคราะห์เนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ (Stewart and Shamdasani, 1990)

1 การวิเคราะห์เนื้อหาตามความเป็นจริง (Pragmatical content analysis) เป็นการวิเคราะห์ตามสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความพอใจในผลผลิตของผู้บริโภค ความเชื่อในกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นที่มีผลกระทบต่อการใช้โซเชียลมีเดีย เป็นต้น

2 การวิเคราะห์โดยการใช้ความหมายของคำ (Semantical content analysis) เป็นการวิเคราะห์ค้นหาความหมาย เช่น ใช้ในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนพรรคิปปลิแกน หรือเดโมแครตในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่

ก. Designation analysis เป็นการวิเคราะห์โดยการดูความถี่ที่แน่นอน เช่น บุคคลสถาบัน แนวคิด เป็นต้น โดยการนับอย่างง่าย

ข. Attribution analysis เป็นการวิเคราะห์โดยการนับตามลักษณะเฉพาะ หรือตามคำบรรยาย เป็นการนับอย่างง่ายเช่นเดียวกัน แต่เน้นที่คำคุณศัพท์ คำกริยาวิเศษณ์ คำอธิบายวลีมากกว่าคำพูดทั้งหมด

ค. Assertions analysis เป็นการวิเคราะห์เจาะจงในบางสิ่ง เป็นการรวมการวิเคราะห์สองชนิดข้างต้นไว้ด้วยกัน เช่นการวิเคราะห์โดยใช้สิ่งที่ต้องการรู้เป็นหลัก (Matrix) โดยสิ่งที่เราต้องการอยู่ในแนวนอน คำบรรยายอยู่ในแนวตั้ง เป็นต้น

3 การวิเคราะห์โดยใช้เครื่องหมาย (Sign-vehicle analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย (Psychophysical) เช่น หากความกดดันของนายจ้างที่มีผลกระทบต่อทางอารมณ์ของพนักงาน เป็นต้น

## 5.2 องค์ประกอบของการสนทนากลุ่ม

1 ผู้เข้าร่วมการสนทนา (Participant) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มคือผู้ที่จะให้ข้อมูลคำตอบ และแสดงความคิดเห็นร่วมกันในช่วงของการสนทนากลุ่ม ซึ่งคัดเลือกมาจากประชากรเป้าหมาย ซึ่งพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2 บุคลากรในการจัดสนทนากลุ่ม คือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสนทนากลุ่มประกอบไปด้วย

ก. ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการสนทนากลุ่มอย่างมาก ซึ่งทำหน้าที่ในการดำเนินการสนทนา ตั้งประเด็นคำถามเพื่อค้นหาคำตอบ ตลอดจนกำกับสนทนาของกลุ่มให้เป็นไปตามแนวทางของหัวข้อการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนละเอียดที่สุดภายในเวลาที่กำหนด และสร้างบรรยากาศในการสนทนา

ข. ผู้บันทึกการสนทนากลุ่ม (Note Taker) คือผู้ที่บันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม มีหน้าที่ในการจดบันทึกการสนทนาโดยย่อ พฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการสนทนา รวมทั้งบรรยากาศในการสนทนากลุ่ม เพราะการไม่พูดและการนั่งเฉยๆ อาจไม่ใช่ว่าการไม่มีความเห็น แหวด่า ทำทางก็อาจจะแสดงความคิดเห็นด้วย หรือการตอบโดยการพยักหน้า การส่ายหน้า และสีหน้านั้น เป็นการแสดงถึงคำตอบได้ ผู้จดบันทึกการสนทนานอกจากจะช่วยจดบันทึกแล้ว บางครั้งยังมีหน้าที่สะกิดเตือน หรือบอกผู้ดำเนินการสนทนา ในกรณีที่ผู้ดำเนินการสนทนาลืมถาม หรือข้ามคำถาม และสิ่งสำคัญที่ผู้จดบันทึกต้องทำก็คือเมื่อการสนทนาจะเริ่มการสนทนา จะต้องเขียนผังการนั่งสนทนากลุ่มให้ผู้ดำเนินการสนทนาด้วย เพราะจะช่วยให้นักบันทึกง่ายขึ้น

ค. ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (Facilitator or provider) ซึ่งมีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ในการสนทนากลุ่ม ทั้งการเตรียมสถานที่ เครื่องดื่ม อาหารว่าง จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกการสนทนา อุปกรณ์ในการบันทึกภาพ นัดหมายผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม รวมทั้งควรจัดสิ่งรบกวนขณะสนทนา เพื่อให้การสนทนากลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น

3 อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถบันทึกเรื่องราวได้ทั้งคำพูด กิริยาอาการ และบุคลิกลักษณะท่าทางของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ (โยชิน แสงวดี, 2530)

ก. เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า ถ่านวิทยุ สำหรับการบันทึกเสียง และควรมีอย่างน้อย 2 เครื่อง สำหรับบันทึกการสนทนาได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันความผิดพลาดในการบันทึกเสียง

ข. สมุดบันทึก และปากกาหรือดินสอสำหรับการจดบันทึก เพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปได้อย่างสะดวกขึ้น และทำให้สามารถจดบันทึกสภาพแวดล้อมรวมทั้งบรรยากาศในการสนทนากลุ่มได้

4 แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Screening form) เป็นแบบฟอร์มในการจดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนา และสามารถนำตัวแปรส่วนบุคคลในด้านต่างๆ มาร่วมวิเคราะห์ได้

5 สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ (Refreshment/Snack) เช่น เครื่องดื่ม ของขบเคี้ยว เป็นต้น ซึ่งสามารถเสริมสร้างบรรยากาศให้รู้สึกเป็นกันเองเพิ่มมากขึ้น และช่วยให้การสนทนากลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการเสิร์ฟอาหารว่างที่ต้องขบเคี้ยวนาน หรือชิ้นใหญ่เกินไป และควรหลีกเลี่ยงการเสิร์ฟน้ำหวานและน้ำอัดลมเพื่อป้องกันผู้เข้าร่วมการสนทนาลุกเข้าห้องน้ำบ่อย

6 ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมการสนทนา (Remuneration) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม แม้จะเป็นสิ่งเล็กน้อย แต่ในทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพื่อแสดงออกถึงซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัย และเป็นการขอบคุณผู้เข้าร่วมการสนทนาที่ได้เสียสละเวลา มาเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

7 สถานที่ และระยะเวลา (Location and time) ควรเป็นสถานที่ที่มีความสะดวก เป็นส่วนตัว เย็นสบาย ปราศจากสิ่งรบกวนการสนทนากลุ่ม เช่น เสียงดังรบกวน แสง เป็นต้น ที่นั่งควรมีความสบายและจัดเป็นตัวยู วงกลม หรือสี่เหลี่ยม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มสามารถมองเห็นหน้าได้อย่างทั่วถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่มประมาณ 1½-2 ชั่วโมง สามารถยืดหยุ่นได้ตามกระบวนการกลุ่ม และข้อมูลที่ต้องการได้รับ

### 5.3 ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการสนทนากลุ่ม

ก) สมาชิกการสนทนากลุ่มไม่ครบตามจำนวนที่กำหนด ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ผู้เข้าร่วมการสนทนามีภาระสำคัญเร่งด่วน สิ้นวัน เวลาที่นัดหมายหรือไม่ได้รับใบเชิญ

ข) ผู้ร่วมสนทนากลุ่มไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตั้งแต่ต้นจนจบการสนทนา

ค) ผู้ร่วมการสนทนาบางคนอาจแสดงความคิดเห็นน้อย และบางคนอาจผูกขาดการแสดงความคิดเห็น

### 5.4 จุดเด่นและจุดด้อยของการสนทนากลุ่ม

#### จุดเด่นในการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มมีจุดเด่นในด้านของการใช้การมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น และการแสดงความคิดเห็นของคน ๆ หนึ่ง สามารถช่วยกระตุ้นให้คนอื่น ๆ ในกลุ่มมีความคิดเห็นใหม่ ๆ เกิดขึ้น ทั้งในทางที่คล้อยตาม หรือในทางตรงกันข้ามก็ได้ อย่างที่ Morgan และ Kruger (1993) กล่าวว่า การ

สนทนากลุ่มเป็นการค้นหาอย่างสมบูรณ์แบบในด้านพฤติกรรม และแรงจูงใจ ซึ่งเป็นผลโดยตรงมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ซึ่งเรียกว่า “The group effect” ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มตามรูปแบบการสนทนากลุ่มสามารถช่วยเพิ่มพลัง เพิ่มความมั่นใจในตนเองให้มากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดแนวความคิดใหม่ ๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อน (Synergy) ขึ้นในกลุ่มการสนทนา

การสนทนากลุ่มยังช่วยให้ได้รับข้อมูลจากความรู้สึกที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยมีการแสดงออกในการสนทนากลุ่มได้อย่างชัดเจน โดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะสรุปความคิดของตนเองต่อประเด็นนั้น ๆ ออกมา แต่ถ้าผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนอื่นจะให้การตอบสนองที่แตกต่างกันไป ก็จะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ร่วมกันในกลุ่มเกิดขึ้น ซึ่งเป็นจุดเด่นของการสนทนากลุ่มอีกประเด็น คือการสนทนากลุ่มจะทำให้เกิดข้อสรุปจากกลุ่มสนทนาจากผู้เข้าร่วมการสนทนาเอง โดยไม่ต้องอาศัยการตีความของผู้วิจัยแต่เพียงฝ่ายเดียวอย่างที่ Morgan (1998) กล่าวว่า การสนทนากลุ่มจะช่วยให้เข้าใจซึ่งกันและกันในกลุ่มว่าทำไมคนจึงมีความคิดที่เหมือนกันทั้งที่มีประสบการณ์ต่างกัน ทำไมคนที่ดูว่าแตกต่างกันจึงมีความเชื่อที่เหมือนกัน แต่การวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นวิธีที่ให้การตีความ (Interpretation) ที่ดีกว่าโดยให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำว่าทำไมถึงทำสิ่งนั้น และจะทำได้อย่างไร

จุดเด่นอีกประการหนึ่งของการสนทนากลุ่ม ขึ้นอยู่กับความสามารถของตัวผู้วิจัยในการกระตุ้น ถามเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาเกิดการมีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมุมมอง และเกิดการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของแต่ละคนและอาจทำให้เกิดเป็นแนวคิดใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากที่เคยมีมา (Morgan, 1996)

การสนทนากลุ่มยังมีจุดเด่นในการนำไปใช้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติ หรือประสบการณ์ที่มีจำนวนมาก โดยการสนทนากลุ่มจะช่วยให้สามารถเก็บข้อมูลจำนวนมากได้ในคราวเดียว หากมีการดำเนินการสนทนากลุ่มที่ดีและเหมาะสม

### **จุดด้อยในการสนทนากลุ่ม**

จุดด้อยในการสนทนากลุ่มมีความคล้ายกับจุดแข็งในการสนทนากลุ่ม ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการในการสร้างให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มการสนทนา โดยเทคนิคการสนทนากลุ่มมีข้อจำกัดหลายประการ กล่าวคือการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีความเป็นเอกพันธ์ และเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเพื่อการสรุปอ้างอิงนั้นดำเนินการได้ยาก การคัดเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนา จำเป็นต้องให้มีความเหมือนกันในเกณฑ์ที่ต้องการศึกษา แต่ต้องมีความแตกต่างกันในประเด็นอื่น ๆ ของกลุ่ม เพื่อให้ข้อมูลที่ได้รับมีความหลากหลาย แต่การดำเนินการคัดเลือกกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนาเพื่อให้ได้ความหลากหลายนั้นทำได้ค่อนข้างยากลำบาก ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่อาจอ้างอิงกับกลุ่มประชากรได้



จุดค้อยในการสนทนากลุ่มนั้น เกิดจากเครื่องมือในการเก็บข้อมูลซึ่งได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีผลอย่างมากในการเก็บรวบรวมข้อมูล บางครั้งผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มอาจมีความลำเอียงในการสนทนาเกี่ยวกับประเด็นคำตอบที่ต้องการ หรือมีความคิดการสนทนากลุ่มเป็นเพียงวิธีการที่จะสนับสนุนแนวคิดเบื้องต้น (Preconception) ที่ต้องการเท่านั้น และการเกิดความลำเอียงของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มนั้น Fem (2001) ได้กล่าวว่าการเกิดความลำเอียงขึ้นอยู่กับบุคลิกส่วนบุคคลของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ความเชื่อส่วนบุคคล การคิดเอาเองของผู้ดำเนินการสนทนา และการคาดเดาไปก่อนล่วงหน้าถึงผลของการศึกษานั้น ๆ รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มีความยากในการวิเคราะห์ และสรุปผล ทำให้ผลการวิจัยที่ได้ขาดความน่าเชื่อถือ

## 6 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

ความเชื่อถือได้ในวิธีการวิจัย (Trustworthiness) ได้มีการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นความเชื่อถือได้ของวิจัยเชิงคุณภาพ Guba และ Lincoln (1989) ได้กล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นเหมือนกับความตรงภายในของงานวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแนวคิดที่มีความคล้ายกันระหว่างการค้นหา และการตั้งวัตถุประสงค์ที่เป็นจริง โดยเปลี่ยนเป็นการสร้างข้อเท็จจริงจากข้อมูลที่ค้นพบ และการสร้างข้อมูลขึ้นมาใหม่อีกครั้งจากสาเหตุที่แท้จริง โดยเน้นที่ “ความจริง” ที่เป็นจริง ความจริงที่สำคัญคือความจริงที่ได้มาจากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลมากกว่าจากการนิยามจากนักวิจัยหมายถึง การตรวสอบความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่าง ๆ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย (Emic-Etic) ความเชื่อถือได้นี้ได้มีการเสนอแนะให้นักวิจัย

- ก. อยู่ในสนามเป็นช่วงระยะเวลาานาน (Prolonged engagement) การเข้าไปอยู่ในสถานที่ที่ต้องการศึกษาเป็นระยะเวลาานาน เพื่อป้องกันการได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ข้อมูลที่ผิดพลาด โดยแสดงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยปราศจากอคติ และสร้างความไว้วางใจเพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจบุคคลนั้น ๆ ได้อย่างทอ่งแท้ ในบริบทของวัฒนธรรมนั้น ๆ

- ข. สังเกตอย่างจริงจัง (Persistent observation) เพื่อเข้าใจคุณลักษณะสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งเข้าใจใน สิ่งที่ผิดปกติพร้อมทั้งเข้าใจความหมายนั้น ๆ รวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ ซึ่งการสังเกตอย่างจริงจังควรมีการอยู่ในสนามวิจัยเป็นช่วงระยะเวลาานานร่วมด้วย

- ค. การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) เป็นกระบวนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นที่ค้นพบ บทสรุป และการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบข้อค้นพบโดยผู้ที่ไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์และสถานการณ์นั้น เพื่อดูความแจ่มแจ้งและพัฒนาการของ

ความเข้าใจปริศนาหรือเกี่ยวกับแนวทางการวิจัย รวมทั้งช่วยบอกเล่าแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ซึ่งกันและกันทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาทางปัญญา

ง. การวิเคราะห์กรณีศึกษา (Negative case analysis) เป็นเหมือนกระบวนการทดสอบทางสถิติของงานวิจัยเชิงปริมาณในการทดสอบตามสมมุติฐาน ซึ่งงานวิจัยเชิงคุณภาพมีการตรวจสอบโดยการวิเคราะห์กรณีศึกษาในจำนวนที่สมเหตุสมผล โดยไม่ได้มุ่งหวังว่าทุกคนจะต้องเหมือนกับข้อมูลที่ได้รับในทุกประเด็น แต่เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นในข้อค้นพบจากการวิจัย และลดการเกิดการปฏิเสธสมมุติฐานของงานวิจัย

จ. Progressive subjectivity เป็นกระบวนการติดตามการทำงานของผู้วิจัย โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการวิจัยและการตีความเรื่องราวต่าง ๆ จะต้องผ่านการตรวจสอบเป็นระยะ ๆ โดยผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน ตั้งแต่ต้นจนสุดท้ายของการศึกษา

ฉ. การตรวจสอบโดยสมาชิก (Member check) เป็นการตรวจสอบสมมุติฐานข้อมูล ประเด็นต่าง ๆ และอธิบายความหมายโดยสมาชิกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความเข้าใจและมีความสนใจ

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) เป็นเหมือนการตรวจสอบความเที่ยงภายนอก หรือความสามารถในการเผยแพร่ข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งจะเป็นทางบวก หากกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากกลุ่มประชากร ซึ่งโดยแท้จริงแล้วความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูลจากประชากรกลุ่มหนึ่งไปสู่อีกกลุ่มหนึ่ง โดยความเป็นจริงแล้วมีการเปลี่ยนไปในธรรมชาติของการศึกษา และเป็นข้อจำกัดในการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้นในความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูลจะทำได้ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน อยู่ในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกัน โดยจะขึ้นอยู่กับสมมุติฐานของงานวิจัยนั้น ๆ เป็นหลัก

3. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น ๆ (Dependability) เปรียบเหมือนค่าความเที่ยงที่พิจารณาจากความมั่นคงและแน่นอนของข้อมูล ซึ่งความผิดพลาดอาจเกิดจากความเบี่ยงเบน หรือความเครียดจากกระบวนการวิจัย โดยสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในด้านการพึ่งพากับเกณฑ์อื่น ๆ ได้ โดยการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่ดี การใช้วิธีอื่น ๆ เข้าร่วมกันหลายวิธี ในการตรวจสอบความตรงของข้อมูล ของแนวคิดทฤษฎี ใช้นักวิจัยหลายคนร่วมสังเกตสิ่งเดียวกัน ฯลฯ เพื่อดูว่าผลลัพธ์ที่เกิดจะไปในทิศทางเดียวกัน สนับสนุนกันหรือขัดแย้งกัน

4. การยืนยันผล (Confirmability) เป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้ ผลลัพธ์ต่าง ๆ ว่ามาจากรากเจ้าของบริบทหรือบุคคลนั้น ๆ โดยปราศจากความลำเอียง แรงงูใจ อคติหรือสถานการณ์การเมือง เป็นการรับประกันว่าข้อมูลที่ได้เป็นรากเงาของความจริงที่เกิดขึ้นจริง โดยอาจทบทวนโดยบุคคลภายนอกในข้อมูลที่ได้ และการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพได้แก่ Audit trail เป็นการตรวจสอบ

ความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากหลายแหล่งข้อมูล เช่น เทปบันทึกการสนทนา บันทึกการถอดเทป บันทึกภาคสนาม เป็นต้น

## 7 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในต่างประเทศ

Cooper และคณะ (2001) ศึกษาอุปสรรคด้านสุขภาพต่อการเดินออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จำนวน 212 ราย พบว่า อุปสรรคด้านสุขภาพต่อการเดินออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 42.5) และจากการสอบถามในด้านอาการทางร่างกาย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทรงตัวและท่าทางการเดิน และสมรรถนะในการเดิน พบอุปสรรคที่เป็นปัญหาใหญ่ในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ความสามารถในการเคลื่อนไหว และการรับรู้ของระบบประสาททบกพร่อง

Boyette และคณะ (2002) ศึกษาบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากรวบรวมรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายจำนวน 100 งานวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพกายและจิตปกติ สรุปประเด็นที่มีความสำคัญที่มีผลต่อการออกกำลังกายได้เป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ บุคลิกลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติและความเชื่อ ภาวะทางจิตใจ/สาเหตุของการปฏิบัติพฤติกรรม และโครงสร้างสิ่งแวดล้อม และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 18 ท่าน ลงความเห็นเกี่ยวกับความสำคัญขององค์ประกอบทั้ง 5 ถึงระดับความสำคัญที่มีผลต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ในระยะเริ่มต้นของการออกกำลังกายและระยะคงไว้ซึ่งการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่ามีบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุทั้งในระยะเริ่มต้นออกกำลังกายและระยะคงไว้ซึ่งการออกกำลังกาย

Sabatini (2003) ศึกษาการออกกำลังกายและการประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาตนเองในผู้สูงอายุหญิง เป็นการวิจัยรูปแบบความสัมพันธ์ ระหว่างการออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย ความเชื่อมั่นในตนเอง และความไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในผู้สูงอายุหญิง โดยประยุกต์ทฤษฎีของรอยมาไซ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุหญิงจำนวน 107 คน อายุระหว่าง 65-100 ปี จากศูนย์ผู้สูงอายุนิวเจอร์ซีตอนใต้ ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ( $r=.416, p<.01$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ( $r=.469, p<.01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อมั่นในตนเอง ( $r=.266, p<.01$ )

Resnick และ Nigg (2003) ศึกษาแบบจำลองตามทฤษฎีในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยศึกษาเปรียบเทียบใน 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) และทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transtheoretical model) โดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 179 ราย

พบว่า ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมในด้านสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy) มีความสัมพันธ์มากที่สุดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ดีที่สุดเช่นเดียวกัน แต่ในการนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาใช้ร่วมกันจะสามารถช่วยอธิบายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

Cohen-Mansfield และคณะ (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญในด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุจำนวน 320 คน พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้แก่ คุณภาพของอาจารย์สอนออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกายที่เป็นสัดส่วน และประเภทของการออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุคิดว่าสำคัญที่สุดในการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีความสำคัญในระดับรองลงมา ได้แก่ ความสะดวกในการมาออกกำลังกาย ประเภทของ การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายในการออกกำลังกายน้อย และผู้ร่วมออกกำลังกายคนอื่น ๆ อยู่ในวัยสูงอายุด้วยกัน และพบว่าที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ โดยเพศชายมีระดับสัมพันธ์สูงกว่าเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่มีระดับความสัมพันธ์สูงกว่าสถานภาพสมรสโสด ระดับการศึกษาที่สูงมีระดับความสัมพันธ์สูงกว่าผู้มีการศึกษาในระดับต่ำ และผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็จะสามารถที่จะมาออกกำลังกายได้มากกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจที่ไม่ดี

Scanlon-Mogel และ Roberto (2004) ศึกษาความเชื่อของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุจำนวน 15 ราย พบว่า ในการให้ความหมายของการออกกำลังกาย และการร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล เป็น 2 ลักษณะ 1) การให้ความจำกัดความหรือให้ความหมายตามช่วงเวลาของชีวิต หรือให้คำจำกัดความตามสมรรถภาพของร่างกายในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งในเพศหญิงให้ความหมายใน 2 ลักษณะ คือ การเข้าร่วมกิจกรรมที่มีรูปแบบชัดเจนหรือการเล่นกีฬา และการเลี้ยงดูเด็กหรือการทำงานบ้าน ส่วนในเพศชายให้ความหมายแตกต่างกันออกไป โดยให้ความหมายว่าการออกกำลังกายเป็นการจัดการกับกิจกรรม หรือการฝึกฝนร่างกายอย่างมีรูปแบบ และมีระเบียบ 2) การรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยพบว่ารูปแบบการออกกำลังกายจะเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในด้านการออกกำลังกายในแต่ละช่วงวัย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

Schutzer และ Graves (2004) ศึกษาอุปสรรคและแรงจูงใจ ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาความคืบหน้า (Cohort study) พบว่าอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม คำแนะนำจากแพทย์ ความรู้เกี่ยวกับการออก



กำลังกาย และประสิทธิภาพการออกกำลังกายในวัยเด็ก ส่วนแรงจูงใจในการออกกำลังกายได้แก่ สมรรถนะแห่งตน สิ่งจูงใจในการออกกำลังกาย คนตรี และลักษณะส่วนบุคคล

Nelson และคณะ (2004) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านแบบหลากหลาย (Multidimension home-base exercise) ต่อสมรรถภาพการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุ เป็นวิจัยแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 72 คน อายุ 70 ปีขึ้นไปและมีสุขภาพดี ไม่มีความพิการของร่างกาย ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านเพื่อเพิ่มความแข็งแรง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัว และมีการประกอบกิจกรรมทางกายตามปกติอย่างน้อย 120 นาที/สัปดาห์ และมีการออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ มีการเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมจัดให้ได้รับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโภชนาการ เป็นระยะเวลา 6 เดือน และมีการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ครบจนจบโปรแกรมมีจำนวน 70 ราย พบว่าในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการงอเข่าเพิ่มขึ้น และกล้ามเนื้อขาที่มีความแข็งแรงมากขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 75 และผลการทดสอบสมรรถภาพร่างกายของกลุ่มทดลองภายหลังจบโปรแกรมเพิ่มขึ้น แต่ในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .02$ ) การทดสอบพลังงานสำรองสมรรถภาพทางกายระยะสั้นหลังจบโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้น แต่ในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

Wilcox และคณะ (2005) ศึกษาการออกกำลังกายในผู้สูงอายุหญิงชาวอเมริกาผิวขาวและผิวดำในชนบทของรัฐแคโรไลนาตอนใต้ สหรัฐอเมริกา ถึงการรับรู้ อุปสรรค และแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เป็นการศึกษาโดยการสนทนากลุ่ม 6 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าอายุ ภาวะสุขภาพ และความสามารถทางกายไม่แตกต่างกันในทุกกลุ่ม ในด้านปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย คือ “ออกกำลังกายไม่ไหว เหนื่อย” “อายุมากเกินไป” และอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อมของความเป็นชนบท โดยในกลุ่มได้มีการเสนอแนวทางในการช่วยให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยจัดให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่โบสถ์ อีกทั้งควรมีการส่งเสริมด้านการเดินทาง เพิ่มสวัสดิการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายแก่ผู้สูงอายุ และจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

Lees และคณะ (2005) ศึกษาอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม ศึกษาในกลุ่มสนทนาจำนวน 6 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 กลุ่มและไม่ออกกำลังกาย 3 กลุ่ม พบว่าอุปสรรคในการออกกำลังกายที่พบ มี 12 ชนิด ได้แก่ ความเหนื่อยหน่าย การกั๊กการหกล้ม/ความปลอดภัย ด้านเวลา ด้านความรู้สึกทางลบ ด้านปัญหาสุขภาพ ด้านสังคม ด้านความไม่สุขสบาย ด้านอากาศ ด้านอายุ ด้านความไม่สะดวกในการร่วมกิจกรรม/ความท้อถึง ด้านความเชื่อที่ว่าไม่สามารถประกอบกิจกรรมได้ และด้านการได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพหรือบุคคลอื่นๆ ว่าไม่สามารถออกกำลังกายได้ โดยปัจจัยที่พบสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ออก

กำลังกายและไม่ออกกำลังกาย คือ ปัจจัยด้านความเหนื่อยหน่าย และปัจจัยที่มีความแตกต่างกัน คือ ปัจจัยการกลัวการหกล้ม/ความปลอดภัย ซึ่งพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายแต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย

#### งานวิจัยในประเทศไทย

สุพัฒนา คำสอน (2535) ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตชนบท โดยศึกษาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 36 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิควันละ 15-20 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน นาน 12 สัปดาห์ ภายหลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคมีค่าเฉลี่ยการปรับตัวตามความต้องการด้านสรีรวิทยา และการปรับตัวด้านอัตตมโนทัศน์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

จันทร์ฉาย ฉายากุล (2538) ศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ในการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชุมชนวัดมะกอก และทะเลทุ่งสองห้อง โดยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายแบบรำมวยจีน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และได้รับความรู้เรื่องการออกกำลังกาย และได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว พบว่าการได้รับความรู้เรื่องการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทางด้านร่างกายต่อผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

จันทนา วัจระหอม (2540) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 31 ราย จัดโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ด้วยการฝึกออกกำลังกายเดินร่วมกับกายบริหารสัปดาห์ละครั้ง และให้ออกกำลังกายเองที่บ้านตามโปรแกรม การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการเสนอตัวแบบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายดี มาให้คำแนะนำและร่วมออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยจัดสถานที่ออกกำลังกายให้เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$  และ  $0.01$  ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอยู่ระดับปานกลาง

ปิยะพันธ์ นันตา (2541) ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาระหว่างความสัมพันธ์ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง การออกกำลังกายมีการใช้

พลังงานของร่างกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปริญญา พึ่งประสิทธิ์ (2542) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 คน และกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายซึ่งมาจากประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม การจูงใจ และการกระตุ้นเตือน ได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และศึกษาความต่อเนื่องหลังจากจบโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เจตคติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยอัตราการเดินชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นพวรรณ ภัทรวงศา (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 63.9 โดยพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ด้านความตั้งใจ ได้แก่ ความเชื่อด้านการออกกำลังกาย แรงจูงใจในการออกกำลังกาย บรรทัดฐานด้านการออกกำลังกาย ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิตดั้งเดิมด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เสนอแนะว่าควรเน้นเรื่องการควบคุมตนเอง และความตั้งใจในการออกกำลังกาย โดยให้ผู้สูงอายุได้รับแรงจูงใจที่เหมาะสมจากบุคคลสำคัญในครอบครัว

กชกร สมมิ่ง (2542) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 69 คน และกลุ่มควบคุม 72 คน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม ร่วมกับการเสนอแนะเพิ่มเติมของวิทยากร การแจกคู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการให้สัญญาณใจ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะคิด การรับรู้พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และพบว่าความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

วิลาวรรณ หนองแสง (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพปกติ มีอายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 42 คน โดยกลุ่มทดลองจะ ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่ง ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้สูงอายุ ในในกลุ่มทดลองจะได้ชมวีดิทัศน์การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้เลือกวิธีการออกกำลังกาย ได้แก่ ชีกง ไม้พลอง และฝึกออกกำลังกาย ตามวิธีที่เลือก ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงจากกลุ่มและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครที่เป็น แก่นนำในการออกกำลังกาย ส่วนการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสารจากผู้วิจัยโดยให้ความรู้ ให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย และได้รับการสนับสนุน ทางด้านอารมณ์ การกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม ทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังใน ผลลัพธ์จากการออกกำลังกายและมีพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

มัทนา อินทร์แพง (2543) ศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกายและอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 200 ราย อาศัยในเขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท มีพฤติกรรม ออกกำลังกายในระดับน้อย และมีอุปสรรคต่อการออกกำลังกายในระดับน้อย โดยในเขตเมืองมี พฤติกรรมออกกำลังกายและอุปสรรคมากกว่าในเขตชนบท ในเขตเมืองพบอุปสรรคในการ ออกกำลังกายด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ในเขตชนบทพบอุปสรรคในการออกกำลังกาย ด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านความรู้ โดยเสนอแนะให้มีการวางแผนการส่งเสริมการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุโดยการลดอุปสรรคการออกกำลังกาย

อัญชลี กลิ่นอวล (2543) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพ ทางกายและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 28 รายที่สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกายสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกาย ใน ด้านความทนทานของปอดและหัวใจ และความยืดหยุ่นของร่างกาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยัง ช่วยให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

วิษุตา เจริญกิจการ (2543) ศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่าง บุคคลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดย ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่ออธิบายการรับรู้ ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล พฤติกรรมออกกำลังกาย และหาอำนาจการ



ทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย อิทธิพลระหว่างบุคคลและเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ร้อยละ 49 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประภาพรณ จินันทุยา (2001) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการออกกำลังกายทั้งที่เป็นแบบแผนและไม่เป็นแบบแผน โดยพัฒนาจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า กรอบแนวคิดพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการออกกำลังกายได้มากกว่า กรอบแนวคิดพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เป็นแบบแผน

ฉัตรชัย ใหม่เขียว (2544) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนดูรา และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยและครอบครัว พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

สุวิมล สันติเวส (2545) ศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมโดยการให้คู่มือทัศนิตัวแบบ และได้รับคู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2003) ศึกษาการทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุไทย โดยประยุกต์ทฤษฎีการตั้งใจในการประกอบพฤติกรรม เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์แบบทำนาย มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุไทย 150 ราย อายุ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายสูง 75 ราย และกลุ่มที่ออกกำลังกายต่ำ 75 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายสูงส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นเวลา 30-50 นาทีทุกวันที่บ้านหรือสวนสาธารณะ โดยออกกำลังกายคนเดียวและออกกำลังกายกับเพื่อน เพศหญิงมีการออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากภาวะความรับผิดชอบในครอบครัวและความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่า ทักษะคิด การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม สมรรถนะในตนเอง และอุปสรรคมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และในกลุ่มที่มีการออกกำลังกายสูงและต่ำมีความแตกต่างกันในด้านระดับการรับรู้ประโยชน์ ผลกระทบทางลบ และอุปสรรคในการออกกำลังกาย แต่ทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ประโยชน์ที่เหมือนกัน ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุคือข้อจำกัดทางด้านร่างกาย รองลงมา ได้แก่ สภาพอากาศที่ไม่ดี และภาวะความรับผิดชอบในครอบครัว

ภารดี ศรีโพธิ์ช้าง (2005) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบองค์รวมในผู้สูงอายุเขตเทศบาลตำบลธรรมศาลา จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองซึ่งประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองมาเป็นแนวคิดหลัก ร่วมกับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 34 คน โดยดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายตามโปรแกรมประกอบด้วย การพิจารณาปัญหา การตัดสินใจทางเลือกในการออกกำลังกาย การรับข้อมูลข่าวสาร และการประเมินสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

### สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ พบว่า มีทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ในการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าในด้านความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกาย การสนับสนุนทางครอบครัว ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย ความเชื่อมั่นในตนเอง และจากการศึกษาถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของเบนดูรา ในด้านสมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์มากที่สุดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นั้น สามารถอธิบายความแปรปรวนของ

การออกกำลังกายแบบเป็นแบบแผนในผู้สูงอายุ ได้ดีกว่าการออกกำลังกายแบบไม่เป็นแบบแผน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แรงจูงใจในการออกกำลังกาย และบรรทัดฐานของแต่ละบุคคลในด้านการออกกำลังกาย ปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการควบคุมตนเอง ส่วนปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิตดั้งเดิมด้านการออกกำลังกาย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล เพศ และสมรรถนะแห่งตน ซึ่งสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

การวิจัยในรูปแบบการทดลองในด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุทั้งที่สุขภาพดี ทั้งที่มีโรคประจำตัว ได้มีการเสนอโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การนำการให้ความรู้ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน แรงจูงใจ การกระตุ้นเตือน การเสนอตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม การเสนอแนะจากวิทยากร การแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การฝึกการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ การสาธิตและทดลองปฏิบัติ การจัดให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ความสำเร็จด้านการออกกำลังกายด้วยตนเอง การจัด โปรแกรมการออกกำลังกายแบบองค์รวม เป็นต้น ล้วนถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเหล่านี้ มีระดับคะแนนความรู้ สมรรถภาพร่างกาย ความผาสุกเจตคติ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการคาดหวังผลลัพธ์เพิ่มขึ้น โดยขึ้นอยู่กับการวัดดูประสงค์ของการวิจัยนั้น ๆ จะเห็นได้ว่าการนำโปรแกรมการออกกำลังกายไปใช้ในการส่งเสริมผู้สูงอายุในการออกกำลังกายจริง ๆ นั้น ทำได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากขั้นตอนในแต่ละโปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันแม้ได้รับการส่งเสริมด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายต่าง ๆ มากมาย ก็ยังคงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่น้อยอยู่

การวิจัยเชิงคุณภาพในด้านการออกกำลังกายนั้น มีทั้งรูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีการศึกษาถึงการให้ความหมายของการออกกำลังกาย ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ การให้ความหมายตามช่วงเวลาหรือสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งมีความแตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง และการให้ความหมายตามการรับรู้การออกกำลังกาย ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

อุปสรรคในการออกกำลังกายที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การออกกำลังกายไม่ไหว (เหนื่อย) อายุมาก สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ คำแนะนำจากแพทย์ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ประสบการณ์ในวัยเด็ก ความเหนื่อยหน่าย การกลัวการหกล้ม ความปลอดภัย เวลา ความรู้สึกลำบาก

ลบ ความเชื่อ ความไม่ทั่วถึงและไม่สะดวกในการออกกำลังกาย สังคม ความไม่สุขสบาย และสภาพอากาศ โดยอุปสรรคในแต่ละบุคคล แต่ละสถานที่ย่อมแตกต่างกันไป ในการศึกษาถึงอุปสรรคจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาในแต่ละสถานการณ์ สถานที่ แต่ละกลุ่มบุคคล เพื่อจะได้ทราบถึงอุปสรรคที่แท้จริงที่พบในแต่ละกลุ่มนั้น

ปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกายจากการทบทวนงานวิจัยได้พบว่า สมรรถนะแห่งตน คนตรี สิ่งจูงใจต่าง ๆ ในการมาร่วมการออกกำลังกาย ลักษณะส่วนบุคคล การได้รับสวัสดิการ การเดินทางที่สะดวก โปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมาร่วมการออกกำลังกายได้มากขึ้น หรือทำให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งการออกกำลังกายได้ และการจัดการกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุแต่ละรายก็เป็นสิ่งสำคัญและเป็นการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอีกอย่างหนึ่งด้วยเช่นกัน