



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาผู้สูงอายุวัยกลางในจังหวัดสมุทรปราการ

กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ*

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ 422 ถนนเมรุพงษ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง
จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยแบบทำนาย (Predictive research)

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุวัยกลางตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 276 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การดื่มแอลกอฮอล์ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: พบว่า มีตัวแปร 6 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.0 โดยตัวแปรการรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด ($Beta = .266$) รองลงมา คือ การดื่มแอลกอฮอล์ ($Beta = -.229$) ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ($Beta = .218$) สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ($Beta = .174$) ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ($Beta = .158$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($Beta = .116$) ทั้งนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้



สรุป: ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นหากมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ดี และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำทั้ง 6 ปัจจัยมา กำหนดเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ผู้สูงอายุ/พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่มีความสำคัญในระดับโลก จากการคาดประมาณจำนวนประชากรสูงอายุทั่วโลก พบว่า ภายในไม่เกิน ปี ค.ศ. 2020 จะมีประชากรสูงอายุที่อายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าประชากรวัยเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี และภายในไม่เกิน ค.ศ. 2050 จะมีประชากรโลกที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่าจำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุไม่เกิน 14 ปี (United Nations, 2015) เมื่อพิจารณาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า จำนวนและสัดส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging)” ซึ่งข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล (2557) ได้คาดประมาณประชากรกลางปีของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2577 ไว้ว่าจะมีจำนวนถึง 19 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมดของประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในประชาคมอาเซียน แม้ว่าการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากรอาจส่งผลกระทบท่อการบริหารจัดการด้านสุขภาพในหลายด้าน แต่จากการศึกษา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในหลายประเทศมีความคาดหวังในการจะมีอายุยืน (Expectations about longevity) (Hurd, Rohwedder & Winter, 2009) และการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีสุขภาพของประชากรสามารถสะท้อน

ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนอย่างมีสุขภาพดี หรือประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ (Successful healthy aging) จึงเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องควรบริหารจัดการให้เกิดขึ้น (Murphy & Topel, 2006)

สำหรับประชากรของการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พบว่า จังหวัดสมุทรปราการ มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 123,600 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 903,054 คน คิดเป็นร้อยละ 13.68 ของประชากรทั้งหมดโดยมีดัชนีสูงอายุ 82.9 ซึ่งสูงกว่าดัชนีสูงอายุโดยรวมของประเทศไทยอยู่ 0.3 โดยดัชนีสูงอายุโดยรวมของประเทศไทยมีค่าเท่ากับ 82.6 โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยกลางมีสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุวัยต้นและวัยปลาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) จังหวัดสมุทรปราการจึงถือเป็นจังหวัดหนึ่งที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และควรมีแนวทางที่เหมาะสมในการวางแผนเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนหนึ่งในการนำไปกำหนดแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behaviors) หมายถึง การกระทำของบุคคลในการ



ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีหรืออ้างไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (Mosby's Medical Dictionary, 2009) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ (Health status) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ของผู้สูงอายุ (Lee, Ko & Lee, 2006; Selivanova & Cramm, 2014) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิด 3 อ. เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2555) ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ถือเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานที่สำคัญในผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าได้กำหนดจากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED model ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้วิเคราะห์พฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ (Green & Kreuter, 2005) เพื่อศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลไปใช้ในการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED model นั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีผู้ศึกษาไว้จำนวนหนึ่ง เช่น เนตรดาว จิตโสภาคกุล (2557) ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาชน และนวนลณี ประเสริฐสุข (2556) Chamroonsawasdi, Phoolphoklang, Nanthamongkolchai & Mun-sawaengsub (2010) Senol, Ünalán, Soyuer & Argün (2014) ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบจากการวิจัยต่างๆ มาพิจารณาและประยุกต์ใช้ในการกำหนดตัวแปรอิสระของการศึกษาและเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมและสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยจึงยังคงมีความสำคัญในการศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ของกลุ่มตัวอย่างและสถานการณ์ทางสังคม การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ จึงมีความสำคัญในการทวนสอบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ และในประเทศไทยให้มีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพะรวมถึงนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาต่อยอดในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED model

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กำหนดตัวแปรอิสระตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED model (Green & Kreuter, 2005) ร่วมกับแนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยพฤติกรรม 3 อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ตัวแปรอิสระแบ่งเป็น 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ประกอบด้วยความรู้ในการดูแลสุขภาพ ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการดื่มแอลกอฮอล์ 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ประกอบด้วย



สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย และ 3) ปัจจัยเสริม (Supporting factors) ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทำนาย (Predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลบางเพรียง อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการในปี พ.ศ. 2557 ที่มีอายุ 70-79 ปี จากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียนอำเภอบางบ่อ (2557) มีจำนวนทั้งหมด 426 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 202 คน โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ สามารถได้ยินและตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

สำหรับขนาดตัวอย่างของการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple regression นั้น Hair, Black, Babin & Anderson (2014) ระบุว่า ขนาดตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพ คือ ไม่น้อยกว่า 50 ตัวอย่าง และหากเป็น 100 ตัวอย่างจะเหมาะสมกว่าโดยอัตราส่วนต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระ คือ 5:1 และอาจเป็น 15:1 หรือ 20:1 ในกรณีวิเคราะห์ด้วย Stepwise ซึ่งขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นไปตามข้อกำหนดดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิด 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ถูกผิด มีคะแนนรวมระหว่าง 0-8 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ความเชื่อมั่นหาโดยวิธีการของ KR20 มีค่าเท่ากับ .62 ความยากง่ายมีค่าระหว่าง 0.30-0.70 และอำนาจจำแนกมีค่าสูงกว่า 0.25 ทุกข้อ

2. แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเอง (Self-care) (Orem, 1991) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 3 ข้อ และด้านลบ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ มีช่วงคะแนนเท่ากับ 6-18 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพดี ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .62

3. แบบสอบถามการรับรู้คุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้คุณค่าในตนเอง (Self-esteem) (Branden, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทุกข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ มีช่วงคะแนนเท่ากับ 8-24 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้คุณค่าในตนเองดี ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Lakey & Cohen (2000) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทุกข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย มีช่วงคะแนนเท่ากับ 7-21 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดี ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Lakey & Cohen (2000) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ



เป็นข้อความด้านบวกทุกข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย มีช่วงคะแนนเท่ากับ 7 -21 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

6. แบบสอบถามสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์หลักการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (ประเสริฐ ประสมรักษ์, 2555) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทุกข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง ไม่ดี มีช่วงคะแนนเท่ากับ 9-27 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่ดีต่อสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .69

7. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยจากแนวคิด 3 อ. (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2555) ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ และด้านการจัดการภาวะสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคยเลย คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาครายด้านเท่ากับ .70, .96 และ .69 ตามลำดับ

ทั้งนี้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยนำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ข้อที่นำไปใช้ คือ ข้อที่ได้ค่า .80 ขึ้นไป ส่วนข้อที่มีค่า CVI ต่ำกว่า .80 ได้นำไปปรับปรุงแก้ไข และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบซ้ำให้มีค่า .80 ขึ้นไป จึงนำไปใช้และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย

รวมถึงการหาความยากง่าย และอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้ฯ ดำเนินการโดยการทดลองใช้ (try-out) ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี จำนวน 40 คน ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์นครินทร์ เลขที่รับรอง PH582004

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนดซึ่งพบว่ามีจำนวนทั้งหมด 301 คน ทั้งนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้จำนวน 276 คน จึงนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธี Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 276 คน มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 74.64 ปี (SD = 2.75) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 76.8

ผลการวิเคราะห์ร้อยละของตัวแปรปัจจัยนำจำแนกตามระดับ ซึ่งการแบ่งระดับของตัวแปรแบ่ง



ตารางที่ 1 ร้อยละของตัวแปรปัจจัยนำจำแนกตามระดับ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยนำ		
ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (M = 6.97, SD = 1.32, Min = 0, Max = 8)		
- ไม่ดี	34	12.3
- ปานกลาง	113	40.9
- ดี	129	46.7
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ (M = 13.33, SD = 1.37, Min = 6, Max = 18)		
- ไม่ดี	67	24.3
- ปานกลาง	151	54.7
- ดี	58	21.0
การรับรู้คุณค่าในตนเอง (M = 15.57, SD = 3.19, Min = 7, Max = 21)		
- ไม่ดี	71	25.7
- ปานกลาง	127	46.0
- ดี	78	28.3
การดื่มแอลกอฮอล์		
- ไม่ดื่ม	237	85.9
- ดื่ม	39	14.1

โดยใช้ Percentile ที่ 33 และ 66 (ยกเว้นการดื่มแอลกอฮอล์) ดังแสดงในตาราง 1

ผลการวิเคราะห์ร้อยละของตัวแปรปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมจำแนกตามระดับ ซึ่งการแบ่งระดับของตัวแปรแบ่งโดยใช้ Percentile ที่ 33 และ 66 ดังแสดงในตาราง 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรปัจจัยนำ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.7 ทัศนคติในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7 การรับรู้คุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.0 การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ไม่ดื่ม ร้อยละ 85.9 ปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.3 ปัจจัยเสริม

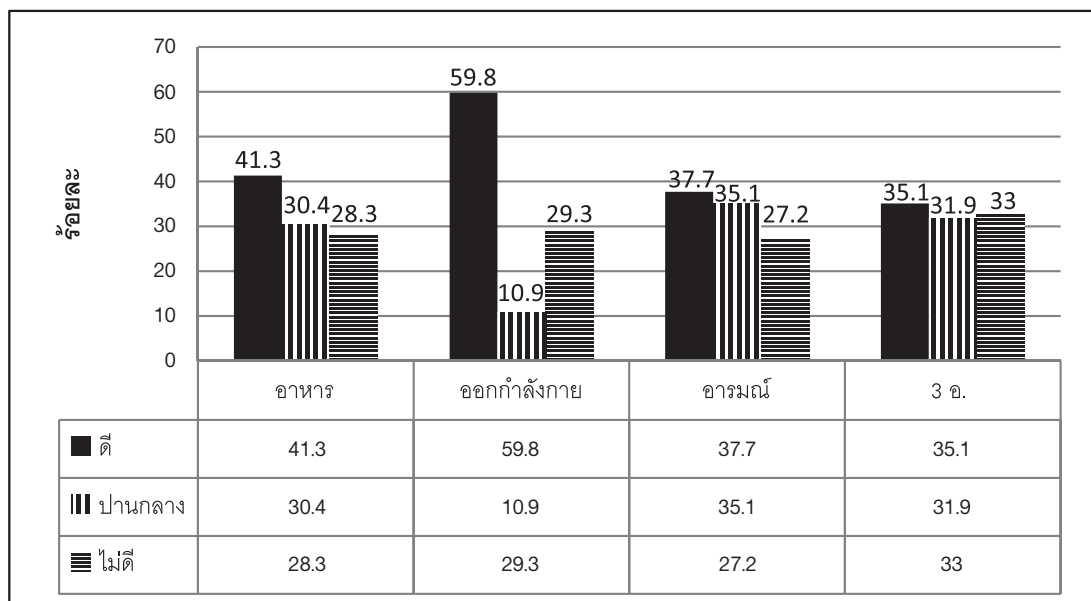
พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.1

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (3อ.) ของผู้สูงอายุและการแบ่งระดับโดยใช้ค่า Percentile ที่ 33 และ 66 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ย 15.77 (SD = 2.82) พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย 15.97 (SD = 2.99) พฤติกรรมการจัดการภาวะสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย 19.93 (SD = 3.23) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 51.68 (SD = 5.48) ร้อยละของพฤติกรรมจำแนกตามระดับ ดังแสดงในภาพ



ตารางที่ 2 ร้อยละของตัวแปรปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมจำแนกตามระดับ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเอื้อ		
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (M = 12.31, SD = 2.17, Min = 9, Max = 22)		
- ไม่ดี	63	22.8
- ปานกลาง	125	45.3
- ดี	88	31.9
ปัจจัยเสริม		
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (M = 16.04, SD = 3.62, Min = 7, Max = 21)		
- ไม่ดี	86	31.2
- ปานกลาง	111	40.2
- ดี	79	28.6
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข (M = 17.06, SD = 3.31, Min = 7, Max = 21)		
- ไม่ดี	91	33.0
- ปานกลาง	97	35.1
- ดี	88	31.9



ภาพแสดง ร้อยละของระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ทักษะในการดูแลสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการตีความแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.304, 0.163, 0.305 และ -0.248 ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.161 และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.199 ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇
Y	1							
X ₁	.304**	1						
X ₂	.163**	.043	1					
X ₃	.305**	.248**	-.029	1				
X ₄	-.248**	-.087	.083	-.013	1			
X ₅	.161**	.019	-.107	.162**	.129*	1		
X ₆	.101**	-.036	.029	.123*	.111	.109	1	
X ₇	.199**	.181**	.026	.295**	-.092	.015	.197**	1

**p < .01

*p < .05

เมื่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Y)

การรับรู้คุณค่าในตนเอง (X₃)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (X₆)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (X₁)

การตีความแอลกอฮอล์ (X₄)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข (X₇)

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ (X₂)

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (X₅)

ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.123 ถึง 0.304 แสดงว่าไม่เกิด Multicollinearity ในการวิเคราะห์ โดย Hair et al. ณ(2014) ระบุว่าค่า Bivariate correlations ระหว่างตัวแปรอิสระ ต้องไม่สูงกว่า 0.70

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มี 6 ปัจจัยที่ร่วมกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 9.30 (R² Change = 0.093) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 2 คือ การตีความแอลกอฮอล์สามารถ



อธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.0 (R^2 Change = 0.060) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 3 คือ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ สามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.60 (R^2 Change = 0.046) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 4 คือ ทักษะในการดูแลสุขภาพ สามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.30 (R^2 Change = 0.033) ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 5 คือ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.60 (R^2 Change = 0.026) และตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 6 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถอธิบายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.30 (R^2 Change = 0.013) ทั้งนี้มี 1 ตัวแปร ตามกรอบแนวคิดของการศึกษาที่ไม่ถูกเลือกเข้าไปอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้ง 6 ตัวแปรสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.0 โดยมีสมการถดถอยพหุดังนี้

$$Y = 69.826 + 0.218X_1 + 0.158X_2 + 0.266X_3 - 0.229X_4 + 0.174X_5 + 0.116X_6$$

เมื่อ Y = พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

X_1 = ความรู้ในการดูแลสุขภาพ

X_2 = ทักษะในการดูแลสุขภาพ

X_3 = การรับรู้คุณค่าในตนเอง

X_4 = การดื่มแอลกอฮอล์

X_5 = สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

X_6 = แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

จากสมการข้างต้น พบว่า ตัวแปรการรับรู้คุณค่าในตนเองมีค่า $B = 0.266$ หมายความว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.266 หน่วย หรือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

ตัวแปรการดื่มแอลกอฮอล์มีค่า $B = -0.229$ หมายความว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะลดลง 0.229 หน่วย หรือผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

ตัวแปรความรู้ในการดูแลสุขภาพมีค่า $B = 0.218$ หมายความว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรความรู้ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.218 หน่วย หรือผู้สูงอายุที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพมีค่า $B = 0.158$ หมายความว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรทัศนคติในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.158 หน่วย หรือผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยมีค่า $B = 0.174$ หมายความว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.174 หน่วย หรือผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ดีมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีค่า $B = 0.116$ หมายความว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.116 หน่วย หรือผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวดีมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression) โดยวิธีการวิเคราะห์แบบเป็นขั้นตอน (Stepwise) ดังแสดงในตาราง 4



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Y) โดยวิธี Stepwise

ปัจจัย	b	Std. error	Beta	t	p-value	R ² Change
การรับรู้คุณค่าในตนเอง (X ₃)	.667	.138	.266	4.849	.000	.093
การดื่มแอลกอฮอล์ (X ₄)	-5.248	1.218	-.229	-4.309	.000	.060
ความรู้ในการดูแลสุขภาพ (X ₁)	1.321	.328	.218	4.032	.000	.046
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ (X ₂)	.921	.307	.158	3.003	.003	.033
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (X ₅)	.641	.198	.174	3.237	.001	.026
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (X ₆)	.256	.117	.116	2.185	.030	.013
ค่าคงที่	69.826	4.997		13.974	.000	

$F_{6,276} = 69.826$, $R = 0.520$, $R^2 = 0.270$, $R^2_{adj} = 0.254$, Std. error = 6.894

อภิปรายผล

ในภาพรวมผลการวิจัยเป็นไปตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model โดยตัวแปรปัจจัยตามกรอบแนวคิดสามารถรวมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สนับสนุนแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ว่าปัจจัยนำซึ่งเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในการศึกษานี้ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรู้ในการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ภรณ์ ตั้งสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ (2558) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Chamroonsawasdi, Phoolphoklang, Nanthamongkolchai & Mun-sawaengsub (2010) ที่พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งขัดแย้งกับ ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์ และนวลฉวี ประเสริฐสุข (2556) พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Rattanapun, Fongkeaw, Chontawan, Panuthai & Wesumperuma (2009) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุอย่างมีสุขภาพดี (Healthy ageing) ยังคงเป็นช่องว่างในกลุ่มผู้สูงอายุ

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Huy, Schneider & Thiel (2010) พบว่า ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และสุภาณี สนธิรัตน์ (2556) พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของ



ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ พิมลพร เชาว์นิไวพจน์, ปรารักษ์ทิพย์ เกสรประทุม และมณีนรัตน์ ทิพย์โพธิ์ศรี (2554) พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการมีอายุยืนอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ

การรับรู้คุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) และ พัชร คุมจักรพันธ์ (2556) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ จากการศึกษาของ วิชาพร ลิทธิศาสตร์ และสุชาดา สวนนุ่ม (2555) พบว่า การทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณที่ผู้สูงอายุปฏิบัติมากที่สุด สอดคล้องกับ Thanakwang, Kespichaya-wattana & Jitpanya (2010) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Satre, Gordon & Weisner (2007) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น การไม่พยายามรับประทานอาหารไขมันต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิลภา จิระรัตนวรรณ และ ชนิษฐา นันทบุตร (2555) พบว่า การดื่มสุราเป็นหนึ่งในปัจจัยเชื่อมโยงสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท และ Farcnik & Persyko (2005) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สนับสนุนแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ว่าปัจจัยเอื้อซึ่งเป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม

ทั้งด้านกายภาพ สังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล หรือทรัพยากร จะช่วยเกื้อกูลให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (สุริย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558) ซึ่งในการศึกษานี้ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติศิริศักดิ์ (2553) พบว่า สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และพรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทรีชลี มาพุท และรุ่งฟ้า กิติญาณลันต์ (2557) พบว่า การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี คือ มีบ้านพักอาศัยที่สะอาด สะอาด ปลอดภัย มีการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลในชุมชนที่เหมาะสม การอยู่ในอากาศปราศจากมลพิษ ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สนับสนุนแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ว่าปัจจัยเสริมซึ่งเป็นการให้รางวัล ผลตอบแทน การเสริมแรง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล เป็นต้น ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในการศึกษานี้ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chamroonsawasdi, Phoolphoklang, Nanthamongkolchai & Munsawaengsub (2010) และพัชร คุมจักรพันธ์ (2556) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และขวัญดา กล้ารัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์ และ นวลฉวี ประเสริฐสุข (2556) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ เนตรดาว จิตโสภากุล (2557) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุน



ทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและอาทิพย์ ภูมิสวัสดิ์, รัตยานภิศ พละศึก และอุษา จันทรไย้ม (2556) พบว่า การสนับสนุนจากบุตรมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ พรทิพย์ สุขอดิศัย, จันทรชลิ มาพุทธ และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์ (2557) ได้เสนอแนะไว้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ชัดแย้งกับผลการศึกษาของ วีระชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์ และเสนอภิรมจิตร์พอง (2557) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยร่วมอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ Thanakwang, Kespichayawattana & Jitpanya (2010) เสนอแนะว่าบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การออกแบบแนวทางการสนับสนุนให้ครอบครัวร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดี เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมี 6 ตัวแปรสามารถสรุปเป็น “แนวทาง KASAFE” ในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดีและมีอายุยืน ดังนี้ K: Knowledge (การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง) A: Attitude (การส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ) S: Self-esteem (การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าในตนเอง) A: Alcohol (การส่งเสริมให้ ลด ละ เลิก การดื่มแอลกอฮอล์) E: Environment (การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ) และ F: Family (การส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการดูแลสุขภาพ) ซึ่งหากครอบครัวและชุมชนสามารถร่วมกันดำเนินการตามองค์ประกอบดังกล่าวก็จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ แต่ทั้งนี้ ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน รวมถึงภาคที่เกี่ยวข้องในสังคมควรร่วมกันนำแนวคิดดังกล่าวไปพัฒนาเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินการต่อไป ซึ่งเป็นการดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะ



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ขวัญดาว กล่ำรัตน์, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์ และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 7(3), 93-104.
- ธีระชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์ และเสนอ ภิรมจิตร์พ้อง. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(1), 133-145.
- นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และสุภาณี สนธิรัตน์. (2556). ทักษะต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภออินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 39(2), 66-79.
- นิรมล อินทรฤทธิ์. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิลภา จิระตวันวรรณ และชนิษฐา นันทบุตร. (2555). ปัจจัยเชื่อมโยงสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. *วารสารพลศึกษา*, 15 (ฉบับพิเศษ), 179-188.
- เนตรดาว จิตโสภาคกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 171-178.
- ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2555). *การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ*. Retrieved from

http://commed1.md.kku.ac.th/site__data/myort2__78/29/SUMMER2012/Elderly3__1.pdf.

- พรทิพย์ สุขอดิษฐ์, จันทรีชีลี มาพุท และรุ่งฟ้า กิติญาณสันต์. (2557). วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 10(1), 90-102.
- พัชรี คมจักรพันธ์. (2556). ครอบคลุมกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 19(3), 229-253.
- พิมลพร เขาวนไผพจน์, ปรางค์ทิพย์ เกสรประทุม และมณีรัตน์ ทิพย์โพธิ์ศรี. (2554). *ดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรให้อยู่ยืนอย่างมีความสุข: เรื่องเล่าจากผู้สูงอายุในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ภรณ์ ดังสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ. (2558). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัยปีที่ 20*. มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- วิภาพร ลิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม. (2555). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านแส-หิน ตำบลวัดพริก อำเภอบางเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. พิษณุโลก: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *การสูงวัยของประชากรไทย*. Retrieved from https://www.m-society.go.th/article__



- attach/12533/16843.pdf.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. Retrieved from http://service.nso.go.th/nso/nso__center/project/search__center/23project-th.htm.
- สำนักบริหารการทะเบียนอำเภอบางบ่อ. (2557). *สถิติผู้สูงอายุ*. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2555). *หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุริย์พันธุ์ วรพงศธร. (2558). *PRECEDE PROCEED Model*. Retrieved from <http://www.hepa.or.th/presentation58/PRECEDE%E2%80%9393PROCEED%20Model.pdf>.
- เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติศิริศักดิ์. (2553). การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารกองการพยาบาล*, 37(2), 64-76.
- อาทิตย์ ภูมิสวัสดิ์, รัตยานภิศ พละศึก และอุษา จันทร์แย้ม. (2556). *รูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาพรุ อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช*. เอกสารการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัย นครศรีธรรมราช: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช.
- ภาษาอังกฤษ**
- Branden, N. (2001). *The psychology of self-esteem*. New York: Bantam.
- Chamroonsawasdi, K., Phoolphoklang, S., Nanthamongkolchai, S. & Munsawaengsub, C. (2010). Factors influencing health promoting behaviors among the elderly under the universal coverage program, Buriram Province, Thailand, *Asia Journal of Public Health*, 1(1), 1519.
- Farcnik, K. & Persyko, M. (2005). The association between alcohol use and dementia in the elderly. *The Canadian Alzheimer Disease Review*, 2005.
- Green, L. & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*, (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R. (2014). *Multivariate data analysis: Pearson new international edition*, (7th ed.). London: Person Education Limited.
- Hurd, M.D., Rohwedder, S., & Winter, J. (2009). *Subjective probabilities of survival: An international Comparison*. Unpublished manuscript.
- Huy, C., Schneider, S. & Thiel, A. (2010). Perception of aging and health behavior: Determinants of a healthy diet in an older German population. *The Journal of Nutrition, Health, and Aging*, 14(5), 381-385.
- Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kuder, G.F. & Richardson, M.W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160.
- Lahey, B. & Cohen, S. (2000). *Social support*



- theory and measurement. Retrieved from [http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Lakey%20%26%20Cohen%20\(2000\).pdf](http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Lakey%20%26%20Cohen%20(2000).pdf).
- Lee, T.W., Ko, I.S., & Lee, K.J. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 293-300.
- Mosby's Medical Dictionary. (2009). *Health promoting behavior*. Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/health+promoting+behavior>.
- Murphy, K.M. & Topel, R.H. (2006). The value of health and longevity. *Journal of Political Economy*, 114(5), 871-904.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*, (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Rattanapun, S., Fongkeaw, W., Chontawan, R., Panuthai, S., & Wesumperuma, D. (2009). Characteristics healthy ageing among the elderly in Southern Thailand. *CMU Journal of Natural Science*, 8(2), 143-160.
- Satre, D.D, Gordon, N.P. & Weisner, C. (2007). Alcohol consumption, medical conditions, and health behavior in older adults. *American Journal of Health Behavior*, 31(3), 238-248.
- Selivanova, A. & Cramm, J.M. (2014). The relationship between healthy behaviors and health outcomes among older adults in Russia. *BMC Public Health*, Retrieved from <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1183>.
- Senol, V., Ünalan, D., Soyuer, F., & Argün, M. (2014). The Relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri. *Journal of Geriatrics*, Retrieved from file:///C:/Users/Administrator/Downloads/839685%20(1).pdf.
- Thanakwang, K., Kespichayawattana, J., & Jitpanya, C. (2010). Social networks and social support influencing health promoting behaviors among Thai community-dwelling elderly. *Thai Journal of Nursing Research*, 12 (4), 243-258.
- United Nations. (2015). *World population ageing 2015*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division, United Nations.



Factors Influencing Health Promoting Behaviors of Thai Elderly: A Case Study of Middle Old Age in Samut Prakan Province

Kunwadee Rojpaisarnkit*

Abstract

Purpose: To study the factors that influence health promoting behaviors of Thai elderly using the PRECEDE-PROCEED model.

Design: Predictive research.

Methods: The sample consisted of 276 elderly people in Samut Prakan Province, recruited by a simple random sampling. Data were collected using a knowledge test and a set of questionnaires: attitudes toward self-health care, self-esteem, alcohol drinking behavior, residential environment, social support from family, social support from health personnel, and health promoting behaviors questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Findings: It was found that 6 factors from the PRECEDE-PROCEED model were significant predictors of health promoting behaviors among Thai elderly. They could explained 27.0 percent of the variance in health promoting behaviors of the elderly. The strongest predictor was self- esteem (Beta = .266), followed by alcohol drinking behavior (Beta = .229), knowledge of self-health care (Beta = .218), residential environment (Beta = .174), attitude toward self-health care (Beta = .158), and social support from family (Beta = .116). However, social support from health personnel was not a significant predictor.

Conclusion: The elderly are more likely to practice health promoting behaviors if they have good knowledge in health care, have good attitude toward self-health care, have high self-esteem, do not drink alcohol, have good living environment, and receive social support from family. Health care providers should promote health promoting behaviors among the elderly by addressing these 6 factors.

Keywords: Predictor factors/Elderly/Health promoting behaviors