

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

ชวนพิศ ศรีไพบูลย์^{(1)*}, อธิพิณ ดวงจินดา⁽¹⁾, กันธิมา ศรีหมากสูง⁽¹⁾, ศรีสุรางค์ เคหะนาค⁽¹⁾, อังคณา บุญครอง⁽¹⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 9 ตุลาคม 2563

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 24 ธันวาคม 2563

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

ความเชื่อส่วนบุคคลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการปฏิบัติหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือการดูแลสุขภาพของตนเอง ขึ้นอยู่กับความเชื่อและการรับรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ประชากร คือ คนไทยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างของไวเออร์ส ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 376 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.892 และค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.936 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.51 เพศชาย ร้อยละ 41.49 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 52.13 อายุเฉลี่ย 70.61 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.46 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 64.63 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,500.00 บาท การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.55 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.90 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.19 มีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 50.27 ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.340, S.D.=0.227) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.412, S.D.=0.371) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษา ($\chi^2=19.358$, $p=0.013$) โรคประจำตัว ($\chi^2=21.241$, $p<0.01$) และภาวะสุขภาพ ($\chi^2=37.460$, $p<0.01$) และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=0.623$, $p<0.01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=-0.170$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r=-0.361$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r=0.117$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=0.567$) ในขณะที่การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ($r=0.632$) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ($r=0.627$) และปัจจัยร่วม ($r=0.627$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้ ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุไทยมีความสัมพันธ์ในทางบวก แต่มีบางตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ดังนั้น ควรเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอนและวิธีการที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะสุขภาพไม่ดี เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทของผู้สูงอายุ ซึ่งจะผลักดันให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: การรับรู้, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Original Article

Health Belief towards Health Promotion Behaviors among Thai Elderly in Mueang District, Samut Songkhram Province

Chaunpis Siripaiibo^{(1)*}, Aittiphol Duangchinda⁽¹⁾, Kantima Srimaksook⁽¹⁾, Srisurang Kahanak⁽¹⁾, Angkhana Bunkhong⁽¹⁾

Received Date: October 9, 2020

Abstract

Accepted Date: December 24, 2020

* Corresponding author

(1) Faculty of Public Health and Allied
Health Sciences, Royal Institute of
Thailand, Sirindhorn College of
Public Health Suphanburi Province

Individual's belief determines the behavior in performing any practices or particular actions, and thus also helps maintain long terms behaviors. Most of the elderly have undesirable health behaviors caused by their own lifestyle or some healthcare behaviors depending upon their beliefs and perceptions in health. This cross-sectional descriptive research aimed at exploring health belief, health promotion behaviors and the relationship between these two factors among the Thai elderly. The populations were Thai citizens aged 60 years old and over residing in Mueang District, Samut Songkhram Province. Samples were calculated using Wiers's Formula which consisted of 376 elderly and then were obtained by the Stratified Sampling Method. The data were collected by using questionnaires developed by the researchers. The content validity was 0.892 and the overall reliability was 0.936. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square and Pearson's Correlation Coefficient at the statistical significance level .05.

Results showed that the sample was 58.51% female and 41.49% male, 52.13% was categorized as young old elderly (60-69 years old), the mean age was 70.61 years old, 53.46% reported marriage, 64.63% were unemployed, the average monthly income was 1,500.00 baht, 67.55% pertained primary education, 35.90% had an underlying disease, 28.19% had hypertension, 50.27% were in good health status level. The overall health belief was at a high level (Mean=2.340, S.D.=.227) and overall health promotion behavior was at high level (Mean=2.412, S.D.=.371). Personal factors associated with health promotion behaviors were education ($\chi^2=19.358$, $p=.013$), diseases ($\chi^2=21.241$, $p<.01$) and health status ($\chi^2=37.460$, $p<.01$), and found that health beliefs and overall health promotion behaviors in the elderly were at high level with positive correlation ($r=0.623$, $p<.01$). The perceived susceptibility of disease prevention and treatment was at very low level ($r=-0.170$). The perceived benefit of disease prevention and treatment had a low negative correlation ($r=-0.361$). The perceived severity was positively correlated with low levels ($r=0.117$). The perceived barriers to self-behavior was moderately correlated ($r=0.567$) while the perceived self-efficacy ($r=0.632$), cues to action factors ($r=0.627$) and modifying factors ($r=0.627$) were positively correlated with health promoting behaviors of the Thai elderly at statistically significant.

According to the results of this research, overall health beliefs and health promotion behaviors in the elderly were positively related but some variables were negatively related. Therefore, emphasis should be placed on promoting the elderly to have a correct perception of health beliefs, procedures and appropriate methods, especially the elderly with underlying diseases or poor health conditions. In addition, there should be the creation of the consistent practice on health promotion behaviors in lifestyle and context of the elderly. This will drive the elderly to have desirable health behaviors for a lifelong.

Keywords: Perceived, Health Belief, Health Promotion Behaviors, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) ซึ่งในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) สำหรับทวีปเอเชียประเทศญี่ปุ่นได้เข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ส่วนในกลุ่มประเทศอาเซียนประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2557) สำนักงานสถิติแห่งชาติคาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ภายในปี พ.ศ. 2568 สังคมไทยต้องเตรียมพร้อมรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561) ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2556) ในปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้พบมากถึงร้อยละ 5 สาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ เช่น การกินอาหารไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ด้วยการพึ่งพาตนเองตามศักยภาพแห่งตนให้มากที่สุด (อิทธิพล ดวงจินดา และคณะ, 2562) ซึ่งปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการรับรู้ (Perceived) เกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อเดิมของบุคคลและครอบครัวที่สั่งสมมาส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตามความเชื่อของตนที่สั่งสมไว้หรือได้รับประสบการณ์มา โดยเฉพาะความเชื่อด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ที่เกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health

Belief Model) มีแนวคิดว่าการพฤติกรรมของบุคคลมาจากความเชื่อได้ การที่บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคโดยการรับรู้ของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และรับรู้ต่อปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติของการป้องกันโรค บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ แนวคิดนี้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ (Becker & Maiman, 1975, Streche & Ronsenstock, 1997; จักรพันธ์ เท้ชรภูมิ, 2560; ศศิกัญจน์ สกุลปัญญวัฒน์, 2557) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งสุขภาพนั้นหมายรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามระยะพัฒนาการ สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม จากการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมลงของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วยส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2556) ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันได้ โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความรุนแรงได้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ป้องกันและชะลอความเสื่อมของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้ (วัลภา บุรณกลัศ, 2560) ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมของบุคคลให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งหากผู้สูงอายุเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อ การรับรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพประสบ

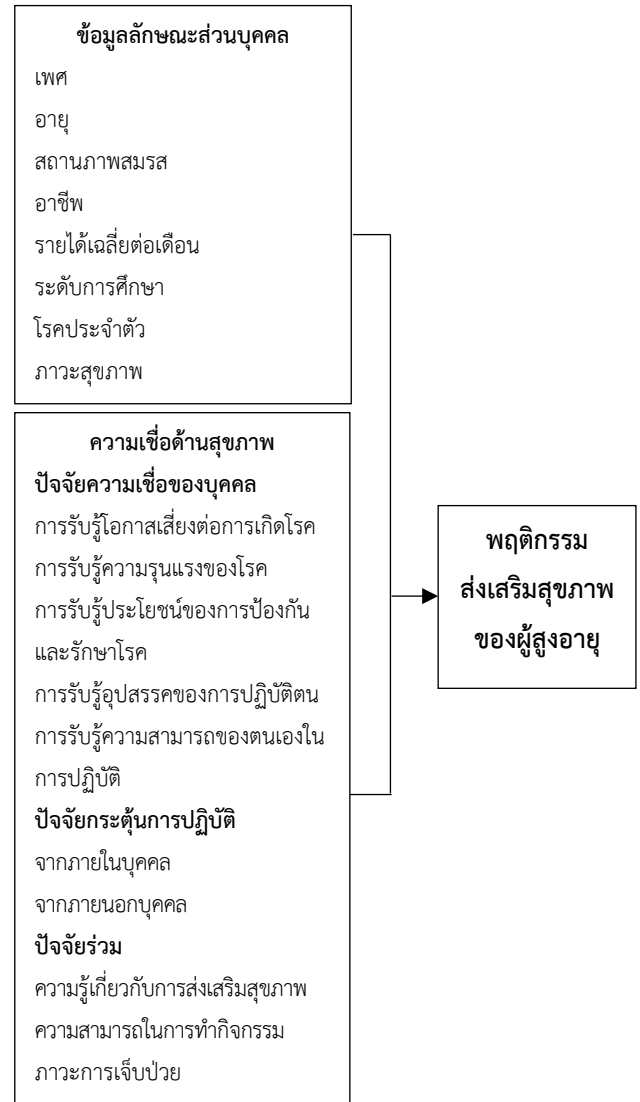
ผลสำเร็จและนำไปสู่ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะมีประสิทธิภาพ มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่ง ปัจจัยที่มีความสำคัญและมีผลต่อภาวะสุขภาพที่มีอยู่ใน บุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ คือความเชื่อด้าน สุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงพฤติกรรมป้องกันโรค ของบุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1997) ทั้งนี้ เนื่องจากความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการ กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งและช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ใน ระยะยาวดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความเชื่อ ด้านสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอ เมืองจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มี ประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับต้น ๆ ในเขตบริการ สุขภาพที่ 5 ผลการวิจัยนี้ จะสามารถใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติและแนวทางในการ วางแผนป้องกันและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และ นโยบายของประเทศไทยที่มุ่งหวังให้ประชากรสูงอายุมี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในอำเภอ เมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

● รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive research) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดตัวแปร กรอบแนวคิด แนวทางการวิจัย จากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและอยู่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ในปี 2562 จำนวน 17,125 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือตัวแทนประชากร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างของไวเออร์ส (Weiers, 2005; ละเอียด คีลานอย, 2558) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5.0 และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ จำนวน 376 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มเลือกพื้นที่ แบ่งกลุ่มตำบลและหมู่บ้าน ใช้พื้นที่เป็นหน่วยของการสุ่มตามบริบทในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร จำนวนทั้งหมด 11 ตำบล แบ่งเป็น 4 เขต ได้แก่ ทิศเหนือ ทิศตะวันออก ทิศตะวันตก และทิศใต้ โดยการจำแนกประชากรออกเป็นชั้นตามคุณลักษณะของกลุ่มย่อย

ขั้นตอนที่ 2 เลือกสุ่มตำบลโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เขตละ 1 ตำบล รวมจำนวน 4 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 เลือกสุ่มหมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่าย ตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวมจำนวน 4 หมู่บ้าน โดยหาตัวแทนจากแต่ละหมู่บ้านด้วยความน่าจะเป็นให้เป็นส่วนกับขนาดประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน (Probability proportional to size) เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านแล้วนำมาสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป สัญชาติไทย มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและเป็นผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และไม่มีภาวะผิดปกติ

ด้านการรับรู้ โดยใช้ผลประเมินจากแบบทดสอบสมองเบื้องต้น มีค่าตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) น้อยกว่า 5 คะแนน

● เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) เป็นข้อคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher & Rosenstock (1997) และ Becker & Maiman (1975) โดยนำ

องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยความเชื่อของบุคคล (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (จากภายในบุคคล และจากภายนอกบุคคล) และปัจจัยร่วม (ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรม และภาวะการเจ็บป่วย) จำนวนทั้งหมด 31 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ในการแปลผลคะแนนระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Best (1981) จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1-3 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

(1.00-1.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของ Pender (2011) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด มีจำนวนทั้งหมด 28 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย ในการแปลผลคะแนนระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Best (1981) จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1-3 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยแบ่งเกณฑ์การวัดระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ออกเป็น 5 ระดับ (Ken Black, 2010) และศศิภาณุจน์ สกุลปัญญาวัฒน์ (2557) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระดับของความสัมพันธ์

- .81-1.00 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
- .61-.80 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
- .41-.60 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
- .21-.40 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
- .00-.20 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

● การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence:

IOC) เท่ากับ .892

2) การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุคนไทย ในตำบลท่าคา อำเภอบัวลาย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมทั้งชุดได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .936 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .862 และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .923

● ขอบพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP 189 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2562

● การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 20 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.51 เพศชาย ร้อยละ 41.49 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 52.13 อายุเฉลี่ย 70.61 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 53.46 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 64.63 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,500 บาท การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.55 มีโรคประจำตัวร้อยละ 35.90 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.19 และมีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 50.27

ความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.503, S.D.=.228) เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Mean=2.550, S.D.=.267) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mean=2.528, S.D.=.365) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Mean=2.732, S.D.=.398) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Mean=2.761, S.D.=.305) และปัจจัยร่วม (Mean=2.829, S.D.=.305) อยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Mean=1.893, S.D.=.678) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ (Mean=2.284, S.D.=.544) อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=2.412, S.D.=.371) เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน พบว่าด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Mean=2.596, S.D.=.308) ด้านโภชนาการ (Mean=2.366, S.D.=.316) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Mean=2.427, S.D.=.725) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Mean=2.675, S.D.=.403) และด้านการจัดการกับความเครียด (Mean=2.579, S.D.=.408) อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Mean=1.933, S.D.=.681) อยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคลกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ การศึกษา โรคประจำตัว และภาวะสุขภาพ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.623$) เมื่อพิจารณาปัจจัยรายด้าน พบว่าปัจจัยความเชื่อของบุคคล ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ($r=-0.170$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค มีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำ ($r=-0.361$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.117$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.567$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ($r=0.632$) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ($r=0.627$) และปัจจัยร่วม ($r=0.627$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

บทสรุปและอภิปรายผล

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r=0.623$) กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทุกรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยนี้พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยความเชื่อของบุคคลบางรายด้านมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบอยู่ในระดับต่ำมากและระดับต่ำ ตามลำดับ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.10) และประมาณครึ่งหนึ่งมีภาวะสุขภาพดี จึงมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลใดป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่งความรู้สึก ความเห็นด้วย หรือความเชื่อของบุคคลว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Strech & Ronsenstock, 1997; จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) มีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = -0.170$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากในปัจจุบันผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองได้ง่ายและสะดวกขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่ออายุมากขึ้นเรื่อยๆ จะทำให้สภาพร่างกายเสื่อมถอยลง มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคต่างๆ ได้มากกว่าบุคคลที่อายุน้อย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย การเคลื่อนไหวของร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยหรือเชื่อว่าพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรค

และส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ มีความเครียด ภาวะน้ำหนักตัวเกิน และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ จะทำให้ตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย ตามแนวคิดของ Stretcher & osenstock (1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคการที่บุคคลจะแสวงหาและกระทำหรือปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพนั้น อย่างน้อยบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เกษริน อุบลวงศ์ & นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2560) ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยหรือไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของอินทัย ผลิตนันทเกียรติ และคณะ (2561) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.117$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประมาณ 2 ใน 3 ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.10) จึงอาจไม่เคยได้รับรู้ความรุนแรงของโรคเหมือนกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองเป็นอย่างดี แต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยลดความรุนแรงต่อสุขภาพตนเองได้ เพราะผู้สูงอายุไม่ได้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตกะทันหัน ทำให้ยังคงปฏิบัติพฤติกรรมในแบบเดิมหรือตามความเคยชิน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยและ

เชื่อว่าความรุนแรงที่จะเกิดกับสุขภาพนั้นจะทำให้เกิด ความยากลำบากในการดำเนินชีวิต การเกิดโรคแทรกซ้อนเป็นภาระของครอบครัว และต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น (Polidori, Nelles & Pientka, 2010; จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) สนับสนุนแนวคิดของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะรับรู้ว่าได้โรคนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองก็ต่อเมื่อมีอันตรายถึงชีวิต มีความรุนแรง เกิดความพิการ หรือส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติในชีวิตประจำวันต่อตนเอง ครอบครัว และสถานะทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินพิศ สายวิชัย (2554) และวรพงศ์ แซ่คู (2557) ที่พบว่าการรับรู้ ความรุนแรงของโรคจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, & จิตมา กัตถัญญ (2556) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค มีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r=-0.361$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ได้รับข้อมูลข่าวสารและสื่อต่างๆ ด้านสุขภาพแบบการสื่อสารทางเดียว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างจำกัด เช่น การกินอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ จะช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน และไขมันในเส้นเลือด ทำให้สุขภาพแข็งแรงอายุยืนยาว ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่ได้กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค ทั้งข้อดีและข้อเสียในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการกระทำที่ดี เหมาะสม และมีประโยชน์ต่อตนเอง หากผู้สูงอายุขาดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษา

โรคด้วยตนเองอย่างถูกต้องแล้ว หรือมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิด จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557) และสุภาภรณ์ เวชบุล (2559) ที่พบว่าการรับรู้ต่อการส่งเสริมสุขภาพในเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันและรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r=0.567$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีการรับรู้และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอาจไม่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคสำหรับตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับการป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะสุขภาพในระยะยาว ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นความรู้สึกรู้สึกหรือความนึกคิดของบุคคลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรม การป้องกันโรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินพิศ สายวิชัย (2554), วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก (2558) และสุภาภรณ์ เวชบุล (2559) ซึ่งพบว่ามี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r=0.632$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นหรือเห็นด้วยในการปฏิบัติตามขั้นตอนและวิธีการ ที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพใน

การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ (เกษริน อุบลวงศ์ & นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2560) สนับสนุนแนวคิดของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตาม ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ อุณหะมัย (2553) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และสอดคล้องกับเกษริน อุบลวงศ์ & นัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2560) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r=0.627$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เป็นสิ่งชักนำหรือเสริมแรงจิตใจทางบวก เช่น ได้รับความเอาใจใส่จากครอบครัว ได้รับการตรวจสุขภาพ ได้รับสิ่งของ และด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่กล่าวว่าสิ่งชักนำเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นทางบวกให้บุคคลเกิดแรงผลักดันที่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker & Maiman (1975) ที่กล่าวว่า สิ่งจูงใจให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก คือสิ่งชักนำให้มีการ

ปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับภุชดา พรหมสุวรรณ (2560) พบว่าปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r=0.627$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลไปถึงการรับรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากลักษณะส่วนบุคคลแล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรับรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคล เช่น บุคลิกภาพ ประสบการณ์ ความรู้ที่มี ภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Becker & Maiman (1975) ที่กล่าวว่าปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ที่ส่งผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคล ซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนัช ธนิกกุล (2553) และภุชดา พรหมสุวรรณ (2560) ที่พบว่าปัจจัยร่วมทางชีวสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของเนตรดาว จิตโสภาคกุล (2557) และ Harooni & et al. (2014) ที่พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด คู่สมรส หรือบุตรหลาน และการได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) จากงานวิจัยนี้ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงควรเน้นในการดูแลสุขภาพเชิงรุกของผู้สูงอายุถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และการคาดคะเนของผู้สูงอายุ ต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยสร้างเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค เช่น การถอดบทเรียนผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว รวมทั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ในกิจกรรมและชมรมผู้สูงอายุ เพื่อแสดงให้เห็นให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อหรือเห็นด้วยต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ การให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง เน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่นๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และภาวะสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบต่อฐานะทางสังคมการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาของผู้ป่วยได้ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อด้านสุขภาพได้เห็นถึงผลที่ตามมาหรือการได้รับผลกระทบจากการไม่ส่งเสริมสุขภาพหรือการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้วิธีการสะท้อนคิด ด้วยการยกตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือภาวะสุขภาพให้เห็นภาพเป็นตัวอย่าง

3) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนซึ่งเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งอุปสรรคภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเองเช่นจากความรู้ไม่เพียงพอใจขาดสิ่งอำนวยความสะดวก และค่าใช้จ่ายที่สูง เป็นต้น

4) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เพื่อการป้องกัน ลดขนาด และความรุนแรง หรือผลกระทบจากปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในระยะยาวในสังคมสูงวัย ควรเน้นการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอนและวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะสุขภาพไม่ดี เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือนแรงพลังสำคัญที่จะผลักดันให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทของพื้นที่ระดับจังหวัดหรือเขตบริการสุขภาพที่ 5 ในปัจจุบันเดียวกันคือ ด้านความเชื่อสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ว่ามีความ

สอดคล้องหรือแตกต่างกันอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ด้วยความแตกต่างกันในด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพบริบทของพื้นที่ วิธีการดำเนินชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไป และระดับคุณภาพชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมรับในสถานการณ์ที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

2) ควรมีการศึกษาเชิงทำนาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เพราะความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติสิ่งใดๆ จะ

ช่วยให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ คงอยู่ในระยะยาว เพื่อนำไปขยายผลในการศึกษาครั้งต่อไป

3) การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก ดร.ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ดร.ปริญญา จิตอร่าม และ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ได้ให้ความกรุณานำเสนอตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจคุณภาพเครื่องมือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งได้กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). **สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573**. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กฤษดา พรหมสุวรรณ. (2560). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก้ว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนนครินทร์.
- กัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, & จิตมา กตัญญู. (2556). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน**. ค้นเมื่อ 30 มกราคม 2562, จาก <http://gs.nsr.ac.th/files/5/2กัลยารัตน์%20%20แก้ววันดี.pdf>
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2556). **สุขภาพสูงวัย ดูแลได้ด้วยตนเอง**. กรุงเทพฯ: ปิ๋นคส์.
- เกษริน อุบลวงศ์, & นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2560). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 33(2), 14-24.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2560). **พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้**. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธนัช ธนิกุล. (2553). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เนตรดาว จิตโสภาคกุล. (2557). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก**. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2557, 6, 171-178.
- เพลินพิศ สายวิชัย. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560**. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- ละเอียด ศิลาณ้อย. (2558). **วิธีวิทยาการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงปริมาณ (เชิงสำรวจและเชิงทดลอง)**. กรุงเทพฯ: บางกอกบลูพริ้นต์.

- วรพงศ์ เชื้อคู. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการออกกำลังกายของประชาชนเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัลภา บุรณกลี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(2), 24-32.
- วุฒิพงษ์ เชื้อมนอก. (2558). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชนเผ่าผู้ไทและผู้สูงอายุชาวไทยอีสานที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิกัญจน์ สกุลปัญญวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อำเภองครักษ์ ตำบลองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลทหารบก, 3, 253-360.
- ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. คณะศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 12(1), 39-48.
- ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานสถิติจังหวัดสมุทรสงคราม. (2562). รายงานสถิติจังหวัดสมุทรสงคราม: จำนวนผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 30 มกราคม 2562, จาก <http://samutsongkhram.nso.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. (2561). การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย. ค้นเมื่อ 18 กันยายน 2562, จาก <http://skmo.moph.go.th>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุภาภรณ์ เวชบุล. (2559). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โอไนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, จิตภา ศรือธ, นามิต้า ฉาดหลี่, ฐิติพร จันทรพร, อนงค์ จันทรเพิ่ม, ชุติพร ไชยสุนันท์ และคณะ. (2561). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 7(2), 43-52.
- อิทธิพล ดวงจินดา, ปริญา ศรียาพิพัฒน์, จันทรจิรา อินจัน, & ปารวีร์ มั่นพัก. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 35(3), 60-73.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Best, J. W. (1981). *Research in Education* (3rd ed.). Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Harooni, J., Hassanzadeh, A., & Mostafavi, F. (2014). Influencing factors on health promoting behavior among the elderly living in the community. *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 40
- Ken Black. (2010). *Business Statistics for Contemporary Decision Making*. (6th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Julie Levin Alexander.

Polidori, M. C., Nelles, G., & Pientka, L. (2010). Review article-prevention of dementia: Focus on life style.

International Journal of Alzheimer's Disease, 10, 1-9.

Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer, (Eds.).

Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed., pp. 41-62). San Francisco: Jossey-Bass.

United Nations. (2017). *World population aging 2017*. New York: United Nations Publication.

Weiers, R. M. (2005). *Introduction to Business Statistics, International Student Edition*. (5th ed.). Pennsylvania: Duxbury Press.

ตารางที่ 1 ค่าสถิติความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม (n=376 คน)

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
	χ^2	df	p-value
เพศ	0.848	2	.654
อายุ	1.592	4	.810
สถานภาพสมรส	5.047	4	.282
อาชีพ	14.463	8	.070
การศึกษา	19.358	8	.013*
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	10.333	8	.242
โรคประจำตัว	21.241	2	.000**
ภาวะสุขภาพ	37.460	4	.000**

**p<.01, *p<.05

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม (n=376 คน)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยความเชื่อของบุคคล	0.546	.000**	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	- 0.170	.001**	ต่ำมาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.117	.023*	ต่ำมาก
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	- 0.361	.000**	ต่ำ
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	0.567	.000**	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ	0.632	.000**	สูง
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ	0.627	.000**	สูง
จากภายในบุคคล	0.652	.000**	สูง
จากภายนอกบุคคล	0.492	.027*	ปานกลาง
ปัจจัยรวม	0.627	.000**	สูง
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	0.536	.000**	สูง
ความสามารถในการทำกิจกรรม	0.742	.000**	สูง
ภาวะการเจ็บป่วย	0.632	.000**	สูง
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.623	.000**	สูง

**p<.01, *p<.05