



ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

Factors Affecting Health Care Behaviors of the Elderly among Urban Community in Bangkok

สุภาพ ไทยแท้* ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง** ทิวา มหาพรหม***

Suparp Thaithae,* Parinyaporn Thanaboonpuang,** Tiwa Mahaprom***

* คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

* Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.ราชบุรี

** Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

Ratchaburi Province

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.สุพรรณบุรี

*** Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

Suphanburi Province

*** Corresponding Author: tiwa@snc.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 2,615 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 5) ความรอบรู้ทางสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60 – 1 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 ตรวจสอบความเที่ยงด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95, 0.90, 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 3.33, SD = 0.89) 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.79, SD = 0.70; Mean = 3.96, SD = 0.67 ตามลำดับ) ในขณะที่ความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.37, SD = 0.77) 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแล

Received: February 8, 2021; Revised: March 29, 2021; Accepted: April 2, 2021

สุขภาพของผู้สูงอายุได้สูงสุด รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .67, .49, .31, $p < .05$ ตามลำดับ) โดยทั้ง 3 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 53.20 ($R^2 = .532$, $p = .003$) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุบริบทชุมชนเมือง กรุงเทพมหานครให้ดีขึ้น บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง

Abstract

This research aimed to study factors affecting health care behaviors of the elderly among urban community in Bangkok. The participants were 2,615 elderly people selected using multistage random sampling method. The research instrument was the questionnaire that included: 1) demographic data, 2) health care behaviors, 3) perceived self-efficacy, 4) social support, and 5) health literacy. The questionnaire was validated by 5 experts. The item objective congruence was between 0.60 - 1. The content validity index was 0.91 and Cronbach's alpha coefficient were 0.95, 0.90, 0.93, and 0.91, respectively. The data were analyzed by using descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation, Pearson product-moment correlation coefficient, and multiple regression analysis.

The results revealed as follows: 1) The overall level of health care behaviors for the elderly was in the moderate level (Mean = 3.33, SD = 0.89). 2) The self-efficacy and social support were at the high level (Mean = 3.79, SD = 0.70; Mean = 3.96, SD = 0.67), respectively. The health literacy was at moderate level (Mean = 3.37, SD = 0.77). All of variables can predict health care behaviors for the elderly at 53.20% ($R^2 = .532$, $p = .003$). This study suggests that the health care providers should promote health care behaviors of the elderly among urban community in Bangkok with an emphasis on health literacy, social support, and self-efficacy.

Keywords: health care behaviors, aging, urban community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี ค.ศ. 2018 ทั่วโลกมีประชากรประมาณ 7,633 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 990 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด และจากการสำรวจจำนวน

ประชากรไทยในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์นี้แสดงถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทย^{1,2}

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ทั่วทุกภูมิภาคของโลกให้ความสนใจ

เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสังคมในระดับวงกว้าง โดยเฉพาะด้านระบบบริการทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก สรีรวิทยาของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคเรื้อรังและเกิดการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ³ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) รวบรวมผลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พบว่า แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเองมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีภูมิโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป โรคที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม หอบหืด หัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต⁴ ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้สามารถป้องกันได้ เพราะส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การวางแผนเพื่อรับมือสังคมผู้สูงอายุจึงต้องพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพโดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน

การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีพื้นฐานจากการรับรู้จนเกิดกระบวนการคิดและความตระหนักที่ส่งผลไปสู่การแสดงพฤติกรรมจากทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของ Orem กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลคิดและปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี⁵ โดยการมีสุขภาพดีเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมและครอบคลุมแบบองค์รวม⁶⁻⁸ ปัจจุบันปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพมีความเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงวัยและบริบทของการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านความเสื่อมทางร่างกายและการเจ็บป่วย ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกิดจากการบูรณาการทักษะที่จำเป็นในการดูแล

สุขภาพ เช่น ทักษะการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ ทักษะการตัดสินใจ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง^{9,10} และเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย¹¹ แรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวก การรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและเกิดกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง¹² และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เป็นส่วนส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจและกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์ตามที่คาดหวังไว้¹³ ซึ่งเห็นว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกบุคคล รวมทั้งมีพื้นฐานจากการรับรู้ความเข้าใจจนเกิดกระบวนการคิดและนำไปสู่การปฏิบัติตาม

กรุงเทพมหานครมีลักษณะเป็นสังคมเมืองที่มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น ซึ่งมีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม และมีรูปแบบการปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล¹⁴ แตกต่างจากบริบทของจังหวัดอื่นในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ซึ่งสารสนเทศจากการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนและกำหนดนโยบายจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริบทชุมชนเมือง กรุงเทพมหานครต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ได้แก่ ทฤษฎีดูแลตนเองของ Orem^{5,15} โดยเลือกศึกษา 3 มโนทัศน์หลักที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ การดูแลตนเอง (Self-care) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองศึกษาตามแนวคิดของ Bandura¹⁶ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Outcome expectations) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมศึกษาตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁷

แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotional support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ด้านสิ่งของหรือทรัพยากร (Instrumental support) และด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) และด้านความรอบรู้ทางสุขภาพศึกษาตามแนวคิดของ Nutbeam⁹ และ Sorensen และคณะ¹⁰ รวมถึงองค์ประกอบการวัดประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของคนไทยของ อังคินันท์ อินทรกำแหง และ ภัทรารุช อินทรกำแหง¹⁸ ที่แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารทางสุขภาพ และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 5,676,648 คน¹⁹

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขต ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือมีภาวะพึ่งพา 2) มีความสามารถในการสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพ และ 3) อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไป การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จ G*Power 3.1²⁰ เลือก Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดเล็ก เท่ากับ .20 ค่าอำนาจการทดสอบ (Powers) เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 ตัวแปรทำนาย 3 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 865 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นเมืองที่มีประชากรจำนวนมากและเป็นเมืองที่มีลักษณะการปกครองที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันตามเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มพื้นที่การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กรุงเทพฯ ชั้นนอก กรุงเทพฯชั้นกลาง และกรุงเทพฯชั้นใน ซึ่งแต่ละกลุ่มกำหนดขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 865 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,860 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem^{5,15} แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกาย จิต สังคม และปัญญา จำนวน 40 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีของ Bandura¹⁶ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁷ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งของหรือทรัพยากร ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินคุณค่า จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam⁹ และองค์ประกอบการวัดประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพบริบทของคนไทยของ อังคินันท์ อินทรกำแหง และ ภัทราวุธ อินทรกำแหง¹⁸ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารทางสุขภาพ และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามตอนที่ 2 - 5 เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนนประเมินที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 1 - 5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีคะแนนระดับต่ำที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีคะแนนระดับสูงมาก

เกณฑ์การแปลผลของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ รายละเอียด ดังนี้²¹

คะแนนเฉลี่ย	ระดับสภาวะ
4.51 - 5.00	สูงมาก
3.51 - 4.50	สูง
2.51 - 3.50	ปานกลาง
1.51 - 2.50	ต่ำ
1.00 - 1.50	ต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60 – 1 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 นำเครื่องมือไปทดลองใช้และหาความเที่ยง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95, 0.90, 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์บริการสาธารณสุข แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 38 คน เพื่อทราบถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ และเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2563

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถามแล้ว ได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่มีข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน จำนวน 2,615 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.43 จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เอกสารรับรองที่ KFN-IRB2019-08 เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2563 และผ่านการพิจารณาโดยสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เอกสารรับรองที่ 55 เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2563 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยและขอให้ลงนามสมัครใจเข้าร่วมวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรม



การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร จำนวน 2,615 คน เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 1,743 คน ร้อยละ 66.66 มีอายุเฉลี่ย 69.56 ปี (SD = 8.76) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 49.30 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.10 มีงานประจำ ร้อยละ 57.10 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 54.30

1.2 การศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.33, SD = 0.89) ดังตารางที่ 1 ซึ่งรายละเอียดรายด้านสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1.2.1 พฤติกรรม การดูแลสุขภาพทางกาย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.25, SD = 0.68) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.52, SD = 0.61) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

ได้แก่ การออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.43, SD = 0.78)

1.2.2 พฤติกรรม การดูแลสุขภาพทางจิต อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.32, SD = 0.73) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงทุกเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิต อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.51, SD = 0.70) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อมีเวลาว่างผู้สูงอายุและครอบครัวจะไปทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกัน อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.20, SD = 0.72)

1.2.3 พฤติกรรม การดูแลสุขภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.45, SD = 0.71) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรในชุมชนเมื่อเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.57, SD = 0.58) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การพูดคุยกับคนในชุมชนได้ ทุกกลุ่มวัย อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.77, SD = 0.52)

1.2.4 พฤติกรรม การดูแลสุขภาพทางปัญญา อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.25, SD = 0.89) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การอยากมีชีวิตที่ยืนยาวเพื่ออยู่กับครอบครัวไปนานๆ อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.62, SD = 0.60) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.61, SD = 0.72)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้าน (n = 2,615)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ
1. ทางกาย	3.25	0.68	ปานกลาง
2. ทางจิต	3.32	0.73	ปานกลาง
3. ทางสังคม	3.45	0.71	ปานกลาง
4. ทางปัญญา	3.25	0.89	ปานกลาง
โดยรวม	3.33	0.89	ปานกลาง

1.3 การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ดังตารางที่ 2

1.3.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.79, SD = 0.70) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการทำให้ท่านมีสุขภาพดี อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.87, SD = 0.41) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.89, SD = 0.78)

1.3.2 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.96, SD = 0.67) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การได้รับการดูแล แสดงความห่วงใย และให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพจากคนในครอบครัว อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.31, SD = 0.78) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การได้รับการอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และจิตอาสาในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.76, SD = 0.71)

1.3.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.37, SD = 0.77) โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.51, SD = 0.62) และข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การให้เวลากับการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพตนเองเป็นอย่างมาก อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.57, SD = 0.72)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร (n = 2,615)

ปัจจัย	Mean	SD	ระดับ
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	3.37	0.77	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.96	0.67	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.79	0.70	สูง



2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานครมากที่สุด ($r = 0.64$) รองลงมาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.54$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = 0.52$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ($n = 2,615$)

ปัจจัย	r	ระดับ
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	0.64**	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.54**	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.52**	ปานกลาง

** $p < .01$

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ได้ถึงร้อยละ 53.20 ($R^2 = .532$, $R^2_{adj} = .518$, $F = 3.81$, $p = .003$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ($n = 2,615$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	.61	.09	.67	15.93**	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	.43	.12	.49	11.50*	.015
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.22	.14	.31	8.17*	.024
Constant = 11.126, $R^2 = .532$, $R^2_{adj} = .518$, $F = 3.81$, $p = .003$					

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

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวม และจำแนกรายด้านล้วนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลมีพื้นฐานจากการรับรู้จนเกิดกระบวนการคิดและนำไปสู่การตระหนักและปฏิบัติตาม โดยทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของ Orem^{5,15} อธิบายว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลคิด

และปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งสุขภาพดีแบบองค์รวมต้องมีการปฏิสัมพันธ์ภายในบุคคลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านกาย (Physical health) ด้านจิตใจหรืออารมณ์ (Mental or emotional health) ด้านสังคม (Social health) และด้านปัญญา (Spiritual health) โดยไม่แยกจากกัน รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอกทั้งทางกายภาพและทางสังคมอย่างเหมาะสมจนเกิดความสมดุล⁶⁻⁸ จากผลการวิจัยเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางกาย ที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.43, SD = 0.78) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักเรื่องความสำคัญในการออกกำลังกายและคิดว่ากิจวัตรประจำวันและการทำงานในแต่ละวันของตนเองเป็นการออกกำลังกาย เช่น การทำงานบ้าน การทำสวน การค้าขาย เป็นต้น ร่วมกับวิถีการดำเนินชีวิตในชุมชนเมืองที่มีการแข่งขันทางเศรษฐกิจ ความรีบเร่งในการดำเนินชีวิตจึงส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านเวลา และขาดสถานที่ในการออกกำลังกายที่เป็นสัดส่วนของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดจากความเปลี่ยนแปลงด้านความเสื่อมของร่างกายจากวัยที่มากขึ้นส่งผลให้การเคลื่อนไหวของร่างกายไม่สะดวกเหมือนก่อน ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางจิตใจ/อารมณ์ ที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อมีเวลาว่างผู้สูงอายุและครอบครัวจะไปทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกัน อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.20, SD = 0.72) เนื่องจากบริบทการดำเนินชีวิตของชุมชนเมืองที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การดูแลซึ่งกันและกันลดลง ผู้สูงอายุบางส่วนต้องอยู่อาศัยกันเองโดยที่ลูกหลานแยกครอบครัวออกไป ร่วมกับความเป็นของทั้ง

ตนเองและบุตรหลานที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวจึงมีข้อจำกัดด้านเวลาส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีเวลาว่างเดินทางท่องเที่ยวร่วมกันน้อยลง ส่วนด้านสังคมและปัญญาไม่มีข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

2. การศึกษาระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 3 ด้านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.37, SD = 0.77) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระดับปานกลาง ($r = 0.64$) โดยความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพที่ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพระดับบุคคลแล้วจึงนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจทางสุขภาพอันส่งผลให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.96, SD = 0.67) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุระดับปานกลาง ($r = 0.54$) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของหรือทรัพยากร และด้านการประเมินคุณค่า เป็นสิ่งเกื้อหนุนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจได้รับการอำนวยความสะดวก และช่วยลดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.79, SD = 0.70) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระดับปานกลาง ($r = 0.52$) ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura¹⁶ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ

ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง จะส่งผลให้เกิดความมั่นใจและกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์ตามที่คาดหวัง

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้สูงสุด คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ($\beta = .67, p < .01$) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .49, p < .05$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .31, p < .05$) โดยปัจจัยทั้ง 3 ด้าน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 53.20 สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรอบรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้ง 3 ปัจจัย ถือเป็นปัจจัยทั้งภายในบุคคลและภายนอกบุคคลที่เป็นสิ่งส่งเสริมและเกื้อหนุนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง โดยความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพที่ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพระดับบุคคล แล้วจึงนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจทางสุขภาพอันส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสมองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ทางสุขภาพเกิดจากการบูรณาการทักษะและความสามารถที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล^{9,10} ซึ่งทักษะและความสามารถเหล่านี้ส่งผลให้เกิดกระบวนการคิดและตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ โดย

ความรอบรู้ทางสุขภาพถือเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อทั้งพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนในทุกช่วงวัย¹¹ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภมร ทรุณ และ ประกันชัย ไกรรัตน์²² พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 27.3 ดังนั้นความรอบรู้ทางสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้สูงสุด

แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ตามทฤษฎีของ House¹⁷ กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุพบปัญหาความเปลี่ยนแปลงด้านความเสื่อมและข้อจำกัดของร่างกายที่ส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลตนเอง จึงควรได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ซึ่งการสนับสนุนทั้งด้านสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ และการให้ข้อมูลย้อนกลับจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมทางบวก²³ สอดคล้องกับงานวิจัย Fivecoat, Sayer & Riegel²⁴ ที่ศึกษาการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ/อารมณ์ที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการรักษา (Self-care maintenance) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการของโรค (Self-care management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-care confidence) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ/ อารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวสูงที่สุด ($r \text{ effect} = .33$) รองลงมา คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการของโรค ($r \text{ effect} = .29$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการรักษา ($r \text{ effect} = .09$)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Outcome expectations)¹⁶ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพและคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเป็นไปในทางบวกจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและความเชื่อมั่นที่ดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองและเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย สอดคล้องกับงานวิจัย Karimy, Koohestani & Araban²⁵ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และทัศนคติต่อโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ร้อยละ 39.5 โดยแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้สูงสุด ($\beta = .87$) รองลงมา คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .52$) และทัศนคติต่อโรค ($\beta = .42$) แสดงให้เห็นว่าทั้ง 3 ปัจจัยสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร โดยเน้นส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

2. ใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในทุกบริบท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

2. ควรศึกษาอนาคตภาพของการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

3. ควรพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางสังคมและสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร



เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Measures to implement national agenda on aged society: 6 sustainable 4 change. [Internet]. [cited 2019 April 10]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155_0.pdf. (in Thai).
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of Thai elderly 2018. Institute for Population and Social Research. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2019. (in Thai).
3. World Health Organization. Information needs for research, policy, and action on ageing and older adults in Africa meeting report: Harare, Zimbabwe, 20-22 January 2000. [Internet]. [cited 2019 April 12]. Available from: <https://www.who.int/ageing/publications/africa/en/>.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of Thai elderly 2016. Institute for Population and Social Research. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2017. (in Thai).
5. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
6. Walter S. Holistic health, American holistic health association. [Internet]. [cited 2019 April 10]. Available from: <http://ahha.org/selfhelp-articles/holistic-health/>
7. Hjelm J. The dimensions of health: conceptual models. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning; 2009.
8. Parti R. The four dimensions of wellness. [Internet]. [cited 2019 April 10]. Available from: <http://vividlife.me/ultimate/33464/the-four-dimensions-ofwellness/>.
9. Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. Health Evaluation and Promotion 2015;42(4):450-5.
10. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(80):1-13.
11. Tachavijitjaru C. Health literacy: a key indicator towards good health behavior and health outcomes. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(Suppl 1):1-11. (in Thai).
12. Booranaklas W. Correlation between self-care behaviors, family relationship, and happiness of the elderly at the community Saimai district in Bangkok Metropolitan. JOPN 2017;9(2):25-33. (in Thai).



13. Sandee T, Leelukkanaveera Y, Homsin P. The effects of self-efficacy enhancement on health promotion behaviors, body weight and fasting plasma glucose among pre-diabetes in the community. *Songklanagarind J Nurs* 2017;37(2):53-6.
14. Government Gazette. The twelfth national economic and social development plan (2017-2021). [Internet]. [cited 2019 April 16]. Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/A/115/1.PDF> [20 April 2019].
15. Taylor SG, Orem DE. Self-care deficit theory of nursing. In: Tomey AM, Alligood MR, editors. *Nursing theorists and their work*. Missouri: Mosby Elsevier; 2006.
16. Bandura A. *Social learning theory*. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
17. House JS. *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley; 1981.
18. Intarakamhang U, Intarakamhang P. Health literacy scale and model of childhood overweight. *J Res Health Sci* 2017;17(1):1-8. (in Thai).
19. Institute for Population and Social Research. *This report of the situation of the elderly in Thailand 2018*. Bangkok: Duentula; 2019. (in Thai).
20. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41(4):1149-60.
21. Srisa-ard B. *Basic research*. 9th ed. Bangkok: Suwiriyasarn; 2011. (in Thai).
22. Darun D, Krairat P. Health literacy factors influencing on health behavior of population in Bueng Kan province. *Journal of Department of Health Service Support* 2019;15(3):71-82. (in Thai).
23. Boonprakob T, Sasat S. Selected factors related to postoperative recovery in older person with total knee arthroplasty. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2019;46(2):355-68. (in Thai).
24. Fivecoat HC, Sayers SL, Riegel B. Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2018;17(7):598-604.
25. Karimy M, Koohestani Hr, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetol Metab Syndr* 2018;10(1):86.