

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก Factors Predicting Health Promotion Behaviors of Homebound Older Adults in Phitsanulok Province

ธิตีรัตน์ ราศิริ^{1*} และ อาจินต์ สงทับ²

Thitirat Rasiri^{1*} and Archin Songthap²

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก^{1*},
มหาวิทยาลัยนเรศวร²

Students of the Doctor of Public Health Program at Nareasuan University, Working at Sirindhorn College of
Public Health Phitsanulok^{1*}, Faculty of Public Health Nareasuan University²

(Received: September 17, 2019; Revised: December 10, 2020; Accepted: January 29, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 226 คน โดยการสุ่มอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าของตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นส่วนของแบบทดสอบความรู้ KR-20 เท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83, .87, .97 และ .91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p -value<0.05 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.349$) วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล ($\beta = 0.235$) การเห็นคุณค่าของตนเอง ($\beta = 0.173$) การดำรงตำแหน่งในสังคม ($\beta = 0.143$) โรคประจำตัวไขมันในเลือด ($\beta = 0.173$) ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ($\beta = -0.145$) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ($\beta = 0.119$) โรคประจำตัวโรคหัวใจ ($\beta = 0.116$) สถานภาพสมรส ($\beta = 0.112$) และการมีส่วนร่วมของชุมชน ($\beta = 0.105$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้ร้อยละ 62.2 ($R^2=0.622$)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการออกแบบรูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นป้องกันไม่ให้อายุยืนยาวแต่เพียงอย่างเดียว

คำสำคัญ: พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, ปัจจัยทำนาย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:Panda_19jung@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-1076153)

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to investigate factors predicting health promotion behaviors among homebound elders in Phitsanulok province. Sample consisted of 226 homebound elders in the central urban district of Phitsanulok province, selected by stratified random sampling. Sample was divided according to population proportion to distribute in every district. Research instrument was a questionnaire divided into six parts: 1) personal factors, 2) knowledge about homebound elders, 3) social support, 4) self – esteem, 5) community participation, and 6) health promotion. Reliability by KR-20 of the homebound elders was at the 0.82 level. Reliability of questionnaire for social support, self-esteem, community participation and health promotion were 0.83, 0.87, 0.97 and 0.91, respectively. The statistics were analyzed by number, frequency distribution, percentage, mean, and stepwise multiple regression analysis.

Results showed that factors predicting health promotion behaviors among homebound elders with statistical significance were: social support ($\beta = 0.349$), how to get to hospital ($\beta = 0.235$), self-esteem ($\beta = 0.173$), social position ($\beta = 0.143$), congenital blood lipids ($\beta = 0.173$), knowledge of elderly ($\beta = -0.145$), information exposure ($\beta = 0.119$), congenital heart disease ($\beta = 0.116$), marriage status ($\beta = 0.112$) and community participation ($\beta = 0.105$), which could, respectively, predict 62.2 percent (0.622) at the level of $P\text{-value} < 0.05$. Public health workers or related agencies should have a design of activities to promote health among homebound elders for a better quality of life and preventing bed ridden in the future.

Keywords: Health Behaviors, Health Promotion, Homebound Older Adults

บทนำ

ในทศวรรษนี้ สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมการรับมือกับสถานการณ์ประชากรสูงอายุที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว การที่สถานการณ์ประชากรมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นย่อมหมายถึงภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม ที่จะต้องสูงขึ้นตามไปด้วย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2016) การส่งเสริมสุขภาพจึงเปรียบเสมือนแนวทางหรือแนวปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเดินตามหลักในการดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดี เป็นความรู้สึกรัก คิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลว่ากระทำแล้วจะมีประโยชน์ ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง (Waichompu, Boontud, & SingWeratham, 2019) ใน ปี พ.ศ.2559 รัฐบาลไทยได้มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค (Sakolsatayadorn, 2016) โดยการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในสังคมที่จะเข้ามาร่วมกัน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนปี 2558 โดยสำรวจความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activity of Daily Living: ADL) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้มากกว่าผู้สูงอายุชาย มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิง (Dependent) ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ "ติดบ้าน" ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 85 จากภาวะพึ่งพิงทั้งหมดของผู้สูงอายุ และกำลังมีแนวโน้มที่มากขึ้น (Institute for Population and Social Research, 2015)

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านประเทศไทย มีปัญหาส่วนใหญ่ อันดับแรก เกิดมาจากการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมา ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 24 ด้านการมองเห็น ร้อย

ละ 19 ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 4 ด้านจิตใจ ร้อยละ 3 และสติปัญญา ร้อยละ 2 ตามลำดับ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลที่หลากหลายจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Thai Health Promotion Foundation, 2017)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและเป็นผู้สูงอายุติดเตียงในอนาคต (Sithikan, Moolphate, & Jaitae, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน Netdown (2014) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเข้าถึงสถานบริการ แรงสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิดและแรงสนับสนุนทางสังคมและสื่อ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้ร้อยละ 40 และจากการศึกษา Kitreerawutiwong, & Mekrungrongwong (2016) พบว่า ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรม และการมีโรคประจำตัว สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 31.2

ข้อมูลจากการประเมินตามศักยภาพการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปี 2558 ของผู้สูงอายุจังหวัดพิษณุโลก พบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 8.75 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด อีกทั้งยังพบว่า อำเภอเมือง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.94 จากเดิมปี พ.ศ.2557 ร้อยละ 11.20 ซึ่งแสดงถึงผู้สูงอายุในอำเภอเมืองมีปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นจากเดิม (Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2015) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จึงเป็นกระบวนการดำเนินงานจัดกิจกรรมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ภายใต้เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม ครอบคลุมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การเป็นแบบอย่างของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Williams, 2008)

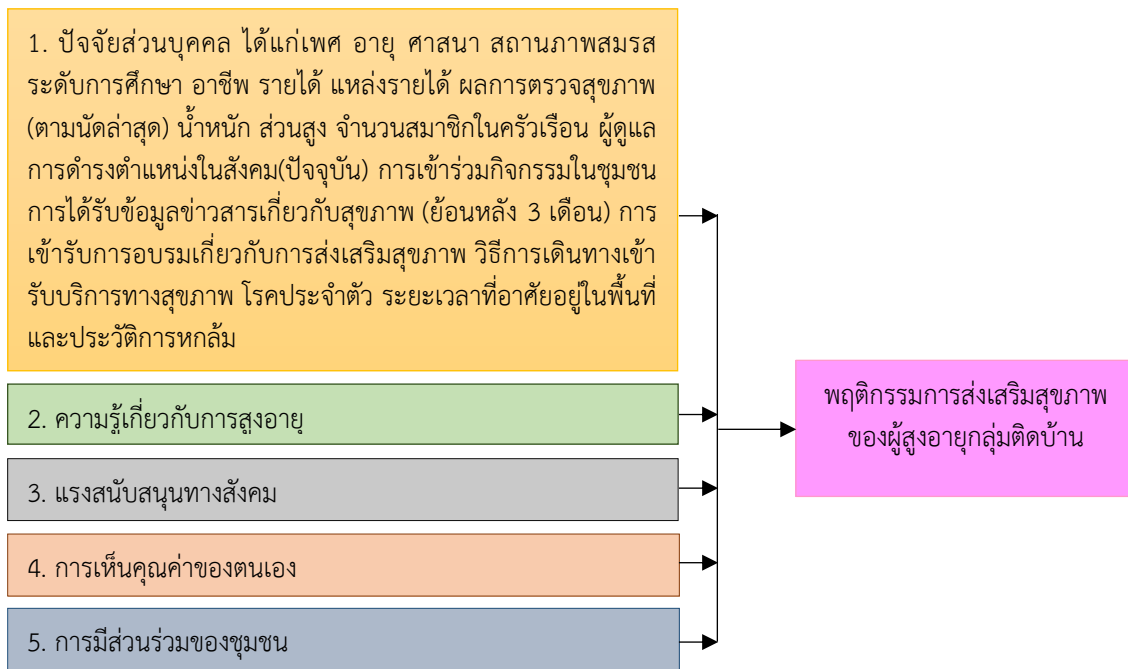
ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนเพื่อไม่ให้ก้าวสู่ภาวะติดเตียงในอนาคต อันจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Walker, Sechrist, & Pender (1987) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อร่างกาย 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) พัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด มีการกำหนดตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม 4) การเห็นคุณค่าของตนเองและ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Survey Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งสิ้น 437 คน (Phitsanulok Provincial Public Health Office, 2018) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) กำหนดคุณสมบัติ คือ 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบประเมิน TMSE \leq 8 คะแนน 2) ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (5 – 11 คะแนน) 3) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 4) อยู่ในพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปี 5) เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กำหนดคุณสมบัติ คือ 1) เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย 2) อาการป่วยโรคประจำตัวรุนแรงมากขึ้น ทำให้กลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 3) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย และ 4) ถอนตัวออกจากการวิจัยกะทันหันกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกจำนวน 226 คน จากสูตรคำนวณประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบประชากร (Jirawatkul, 2009) และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Systematic Random Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรให้กระจายทุกตำบล จำนวน 19 ตำบล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุติดบ้านมาจับสลากโดยไม่ใส่คืน จนได้จำนวนครบตามสัดส่วนแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ผลการตรวจสุขภาพ (ตามนัดล่าสุด) น้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ผู้ดูแล การดำรงตำแหน่งในสังคม (ปัจจุบัน) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ (ย้อนหลัง 3 เดือน) การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ วิธีการเดินทางเข้ารับบริการทางสุขภาพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ประวัติการหกล้ม โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามแบบปลายปิด

2. ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความหมายของผู้สูงอายุ ความชราภาพ และคุณค่าของผู้สูงอายุ แบบเลือกตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” การแปลผลคะแนน จากเกณฑ์ที่กำหนด ออกเป็น 3 ระดับ Bloom (1975) ดังนี้ ระดับน้อย มีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 5 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ในช่วง 6 – 7 คะแนน ระดับมาก มีคะแนนอยู่ในช่วง 8 – 10 คะแนน

3. แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ การได้รับการรักใคร่ผูกพัน การได้รับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การได้รับความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน และการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ ตามแบบมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้งและไม่เคยเลย โดยให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนนอยู่ในช่วง 20 – 34 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 35 – 45 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 46 – 60 หมายถึง อยู่ในระดับมาก (Seareerat, 2006)

4. การเห็นคุณค่าของตนเอง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ความมั่นใจ ความพึงพอใจและการเคารพตนเองตามแบบมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้งและไม่เคยเลย โดยให้คะแนน 3 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนนอยู่ในช่วง 10 – 16 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 17 – 23 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 24 – 30 หมายถึง อยู่ในระดับมาก (Seareerat, 2006)

5. การมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหาทางสุขภาพ วางแผนเพื่อกำหนดกิจกรรม/โครงการ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล โดยใช้แบบมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้งและไม่เคยเลย โดยให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ Seareerat (2006) แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนนอยู่ในช่วง 18 – 29 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 30 – 42 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 43 – 54 หมายถึง อยู่ในระดับมาก (Seareerat, 2006)

6. การส่งเสริมสุขภาพจำนวน 57 ข้อ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ออกกำลังกาย โภชนาการ พัฒนาจิตวิญญาณ และจัดการกับความเครียดโดยใช้แบบมาตรวัด 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้งและไม่เคยเลย โดยให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนนอยู่ในช่วง 57 – 94 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 95 – 132 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 133 – 171 หมายถึง อยู่ในระดับมาก (Seareerat, 2006)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน ด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน ด้านวิจัยผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง .60 - 1.00 จากนั้นจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้อง ชัดเจนและความเหมาะสมจากนั้นนำไปทดลองสอบถามกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ใช้วิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder, & Richardson, 1937) ได้ค่าความเชื่อมั่น .82 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าของตนเอง แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนและแบบสอบถามการส่งเสริมสุขภาพใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น .83, .87, .97 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและสาธารณสุขอำเภอเมือง พิษณุโลก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยมีการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่าน มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือจิตอาสาที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งสาธิตการเก็บข้อมูลและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนการเก็บข้อมูล ซึ่งสามารถปฏิเสธและยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตามความต้องการ และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 226 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าต่ำสุด – สูงสุด ใช้ในการพรรณนาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าของตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนและการส่งเสริมสุขภาพ

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก โดยผ่านการทดลองข้อตกลงเบื้องต้นของ (Vanichbuncha, & Vanichbuncha (2017) ทุกประการ ดังนี้

2.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin – Watson เท่ากับ 1.816

2.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals Statistic พบว่าค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ $M=0$) และค่า SD เท่ากับ 0.978 (เกณฑ์คือ SD เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal Probability Plot

2.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ โดยพิจารณา จากกราฟ Scatter Plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และมีการ กระจายแบบแผนคงที่ (Homoscedasticity)

2.5 ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multi - Collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ 0.00 ถึง 0.77 (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.90) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance Inflation Factor) มีค่าตั้งแต่ 1.035 ถึง 3.940 (เกณฑ์คือ ต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.254 ถึง 0.966 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 ไม่เกิน 1)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรอง IRB No.0779/60 เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.03 นับถือศาสนาพุทธทุกคน สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 49.56 การศึกษาสำเร็จระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.60 อาชีพหลักไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 81.86 รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 46.90 ที่มาของแหล่งรายได้ ได้รับจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 71.24 น้ำหนักอยู่ในช่วง 51-60 กิโลกรัม ร้อยละ 40.27 ส่วนสูงอยู่ในช่วง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 40.27 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกันจำนวน 1-3 คน ร้อยละ 53.98 มีคนดูแล ร้อยละ 96.46 ไม่มีการดำรงตำแหน่งในสังคมปัจจุบัน ร้อยละ 97.35 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 88.9 ทางโทรทัศน์ ร้อยละ 65.04 ไม่มีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 85.84 วิธีการเดินทางเข้ารับบริการส่วนใหญ่ไม่มี/ไม่ได้ไป ร้อยละ 68.58 ระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ อยู่ในช่วง 61- 80 ปี ร้อยละ 38.05 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.45 ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 29.20 และไม่มีประวัติว่าหกล้ม ร้อยละ 61.06

2. ระดับตัวแปรที่ศึกษา

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำแนกตามระดับตัวแปรที่ศึกษาในภาพรวม (n = 226)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ		
น้อย (0 – 5 คะแนน)	20	8.84
ปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	80	35.40
มาก (8 – 10 คะแนน)	126	55.76
<i>M = 8.27, SD = 1.54, Max = 10, Min = 3</i>		
2. แรงสนับสนุนทางสังคม		
น้อย (20 – 34 คะแนน)	20	8.85
ปานกลาง (35 – 45 คะแนน)	115	50.88
มาก (46 – 60 คะแนน)	91	40.27
<i>M = 43.35, SD = 6.13, Max = 58, Min = 21</i>		
3. การเห็นคุณค่าของตนเอง		
น้อย (10 – 16 คะแนน)	19	8.41
ปานกลาง (17 – 23 คะแนน)	147	65.04
มาก (24 – 30 คะแนน)	60	26.55
<i>M = 21.59, SD = 3.89, Max = 26, Min = 11</i>		
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน		
น้อย (18 – 29 คะแนน)	140	61.95
ปานกลาง (30 – 42 คะแนน)	59	26.10
มาก (43 – 54 คะแนน)	27	11.95
<i>M = 28.85, SD = 10.27, Max = 50, Min = 18</i>		
5. การส่งเสริมสุขภาพ		
น้อย (57 – 94 คะแนน)	4	1.77
ปานกลาง (95 – 132 คะแนน)	139	61.50
มาก (133 – 171 คะแนน)	83	36.73
<i>M = 126.20, SD = 16.31, Max = 160, Min = 92</i>		

จากตารางพบว่า ในภาพรวมมีความรู้เรื่องการสูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.76 แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.88 การเห็นคุณค่าของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.04 การมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 61.95 การส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.50

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัย	B	Beta	t	P - value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.929	0.349	7.138	< 0.001*
วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล (ไม่ได้ไปรับบริการเป็นกลุ่มอ้างอิง)	8.643	0.235	4.492	< 0.001*

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัย	B	Beta	t	P - value
การเห็นคุณค่าของตนเอง	0.725	0.173	3.491	0.001*
การดำรงตำแหน่งในสังคม (ไม่มีตำแหน่งเป็นกลุ่มอ้างอิง)	5.885	0.143	2.796	0.006*
โรคประจำตัวไขมันในเลือด (ไม่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มอ้างอิง)	7.690	0.173	3.882	< 0.001*
ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ	- 1.543	- 0.145	- 3.356	0.001*
การได้รับข้อมูลข่าวสาร (ไม่ได้รับเป็นกลุ่มอ้างอิง)	6.193	0.119	2.736	0.007*
โรคประจำตัวโรคหัวใจ (ไม่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มอ้างอิง)	7.356	0.116	2.710	0.007*
สถานภาพสมรส(คู่) (โสดเป็นกลุ่มอ้างอิง)	3.683	0.112	2.567	0.011*
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.171	0.105	2.262	0.025*

*P - value < 0.05, Constant = 64.946, Adjusted R² = 0.604, R² = 0.622

จากตาราง 2 พบตัวแปรจำนวน 10 ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง การดำรงตำแหน่งในสังคม โรคประจำตัวไขมันในเลือด ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคประจำตัวโรคหัวใจ สถานภาพสมรส และการมีส่วนร่วมของชุมชน (*p-value* < 0.001, < 0.001, 0.01, 0.006, < 0.001, 0.001, 0.007, 0.007, 0.011 และ 0.025) ตามลำดับ โดยตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจพยากรณ์สูงสุด (*Beta* = 0.349) โดยสามารถเขียนสมการแสดงปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้ร้อยละ 62.20 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายแบบค่าคะแนนมาตรฐาน (Standardized Score) ได้ดังนี้

Z (พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก) = 0.349 (Z แรงสนับสนุนทางสังคม) + 0.235 (Z วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล) + 0.173 (Z การเห็นคุณค่าของตนเอง) + 0.143 (Z การดำรงตำแหน่งในสังคม) + 0.173 (Z โรคประจำตัวไขมันในเลือด) - 0.145 (Z ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ) + 0.119 (Z การได้รับข้อมูลข่าวสาร) + 0.116 (Z โรคประจำตัวโรคหัวใจ) + 0.112 (Z สถานภาพสมรส(คู่)) + 0.105 (Z การมีส่วนร่วมของชุมชน)

สำหรับสมการค่าคะแนนดิบ (Unstandardized Score) ได้ดังนี้

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก = 64.946 + 0.929 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 8.643 (วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล) + (0.725) การเห็นคุณค่าของตนเอง + 5.885 (การดำรงตำแหน่งในสังคม) + 7.690 (โรคประจำตัวไขมันในเลือด) - 1.543 (ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ) + 6.193 (การได้รับข้อมูลข่าวสาร) + 7.356 (โรคประจำตัวโรคหัวใจ) + 3.683 (สถานภาพสมรส(คู่)) + 0.171 (การมีส่วนร่วมของชุมชน)

อภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.8 เนื่องจากปัจจุบันมีการเข้าถึงความรู้โดยใช้ สื่อ เทคโนโลยีทันสมัย เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูทีวี รวมทั้งโทรศัพท์มือถือ สอดคล้องกับ Sithikan, Moolphate, & Jaitae (2017) ที่พบว่าความรู้ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีความรู้

ที่มากขึ้นจากสมัยอดีตเพราะเข้าถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.90 เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้านออกบ้านแต่เข้าตรูปปล่อยให้ผู้สูงอายุเฝ้าบ้าน อยู่กับบ้าน แต่ทั้งนี้ยังได้รับการเยี่ยมบ้านจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้นำชุมชน สอดคล้องกับ Donna, & Wilson (2011) ที่พบว่าเครือข่ายการสนับสนุนทางด้านสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวแคนาดาที่ถูกแบ่งแยกทางด้านสังคม ระดับการเห็นคุณค่าตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.00 ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ไม่ออกไปทำประโยชน์แก่สังคมหรือไม่ไปร่วมกับใครนอกบ้าน ทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่าและอยู่ไปวัน ๆ ไม่คาดหวังอะไรสอดคล้องกับ Rogers (1970) ที่พบว่าความรู้สึกการเห็นคุณค่าของตนเองเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) และตนในอุดมคติ (Ideal-Self) ถ้าไม่เกิดความต้องการและความคาดหวัง จะมีความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง ขาดความมั่นคงทางอารมณ์และตระหนักรู้ว่าความสามารถที่ตนมีนั้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 61.90 เพราะชุมชนยังขาดการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพราะส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมในชุมชนเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเป็นส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด สอดคล้องกับ Pongsaengpan, & Rodjarkpai (2014) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการจัดเวทีระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันเพื่อหาแนวทางในทางพัฒนาแกนนำด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ระดับของการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.50 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่ใส่ใจและให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพของตนเองเนื่องจากเห็นว่าตนเองอายุมากขึ้น ประกอบกับคนในครอบครัว ชุมชน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมากขึ้นสอดคล้องกับ Kitreerawutiwong, & Mekrungrongwong (2016) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากผู้สูงอายุเห็นว่าตนเองอยู่ในวัยสูงวัย จึงสนใจดูแลสุขภาพด้วยการหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และพูดคุยกับครอบครัวตนเอง

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น จะเห็นว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับความช่วยเหลือ การดูแล สนับสนุนให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อการมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น แรงสนับสนุนมาได้จากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง ลูก หลาน เพื่อนบ้าน ผู้ดูแล (care giver) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สร้างความสัมพันธ์ให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Junthakot (2014) ที่พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของการส่งเสริมสุขภาพ คือ ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะมาจากครอบครัวหรือจากบุคลากร รวมถึงชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาลมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการเอื้ออำนวยในการรับ - ส่งมายังสถานบริการก็จะทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านบางส่วนยังมีความต้องการที่จะเข้ารับบริการสถานพยาบาล รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีรถรับ - ส่ง ไม่ว่าจะมาจากลูกหลานพาไปหรือชุมชนอำนวยความสะดวกให้ การเข้าถึงสถานบริการพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ใส่ใจสุขภาพ รวมถึงได้รับข้อมูลข่าวสารและการรักษาสุขภาพของตนเองสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sitthiwirattam, & Mekrungrongwong (2016) ที่พบว่า การเข้าถึงสถานบริการพยาบาลเป็นปัจจัยทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ

Tapasee, Piyachaiwut, Jaidee, & Piyarattanawat (2018) ที่พบว่า การมีโรงพยาบาลให้บริการ การเข้าถึงการบริการสถานพยาบาล จะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การเห็นคุณค่าของตนเองมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง ก็จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและดูแลใส่ใจตนเองมากขึ้น เพื่อต้องการให้มีสุขภาพแข็งแรงและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจัยการตัดสินใจคุณค่าของตนเองมาจากการเรียนรู้จากผู้อื่นและตนเอง ในแง่ความสามารถ คุณค่า ค่านิยม ข้อจำกัด มีความเชื่อมั่น เกิดการยอมรับจากบุคคลอื่นในชุมชนหรือสังคม อันส่งผลให้อยู่ร่วมในสังคมอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับ Yotsena (2016) ที่พบว่า การรับรู้ถึงสภาวะความพร้อมที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อสิ่งเรานั้น ๆ พร้อมแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นทั้งทางบวกและทางลบ

การดำรงตำแหน่งในสังคมมีผลทางบวกและเป็นสิ่งสำคัญในการแสดงออกถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีตำแหน่งในสังคม ไม่ว่าจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน หรือผู้นำชุมชนต่าง ๆ จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ใส่ใจการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก มีกิจกรรมต่าง ๆ มีบทบาทหน้าที่ เข้าร่วมกิจกรรมสำคัญ ๆ ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพแก่ชุมชนและสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา Kitreerawutiwong, & Mekrungrongwong (2016) ที่พบว่า ดำรงตำแหน่งทางสังคมการเป็นสมาชิกชมรมและการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

การมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ต้องอาศัยการดูแลสุขภาพระยะยาว มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างการมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเดิม ได้แก่ โรคไขมันในเลือด และโรคหัวใจ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความตระหนักและใส่ใจสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเพื่อป้องกันโรคที่จะตามมาเพิ่มขึ้น รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มีอยู่เดิม ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา Kitreerawutiwong, & Mekrungrongwong (2016) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญและเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุมีผลทางลบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความรู้มาก แต่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากปัจจุบันผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ จากสื่อต่าง ๆ และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการแนะนำ ให้ความรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ ลูกหลานที่คอยดูแลและให้ข้อมูลข่าวสาร จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีระดับความรู้ที่มากแต่ในส่วนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้แต่ไม่ได้นำความรู้มาปฏิบัติ เพราะบางคนมีอายุที่มากแล้ว ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ ชอบปฏิบัติตามวิถีชีวิตประจำวันเดิม ๆ สอดคล้องกับการศึกษา Jitsopakul (2014) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพและสามารถร่วมทำนายนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ปัจจุบัน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ โดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว โทรศัพท์ ไลน์ วิทยุ ทีวี เป็นต้น ซึ่งสื่อเหล่านี้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีเวลาว่างอยู่บ้านลำพังในช่วงกลางวัน ก็จะมีสื่อเหล่านี้ที่พบได้ทุกบ้าน และที่สำคัญได้รับการดูแลเอาใจใส่จากการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพ ตรวจสุขภาพ รวมถึงให้ข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งลูกหลานที่คอยให้ข้อมูลข่าวสาร ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารจึงทำให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีมากกว่าการที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับ Singkeaw (2015) ที่พบว่า ข้อมูลข่าวสารเป็น

ปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

สถานภาพสมรสมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นเพราะว่าการมีสถานภาพสมรส ชีวิตคู่ สามารถที่จะช่วยเหลือเกื้อกูล ให้คำแนะนำ คอยเตือน ให้การดูแลกันได้ เกิดแรงผลักดันต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมากกว่าสถานภาพโสด เกิดความใส่ใจสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Pumwiset (2015) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเองโดยกลุ่มที่มีการสมรส จะมีคนดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

และการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชน หากชุมชนให้ความสำคัญและใส่ใจผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ จะก่อให้เกิดแรงผลักดันมีแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ขอให้นักไปพบปะ ไปหา เยี่ยมที่บ้าน และทั้งชุมชนจำเป็นที่จะต้องมีการบูรณาการหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ที่จะต้องจัดสวัสดิการต่าง ๆ ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ไม่จะเป็นการเชิญเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน มอบสิ่งของ เยี่ยมบ้านโดยแกนนำผู้นำชุมชน สอดคล้องกับการศึกษา Pongsaengpan, & Rodjarkpai (2014) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้การทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถพัฒนาสมรรถนะในด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนยังมีน้อย ดังนั้น ชุมชนควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป คือ อยู่กับบ้าน ไม่ชอบออกนอกบ้าน ชุมชนควรออกแบบกิจกรรมเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน อาศัยแกนนำโดยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างทีมจิตอาสาในชุมชน ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคส่วนท้องถิ่น และมีการติดตามทุก ๆ เดือน มีกิจกรรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าตนเอง ความตระหนักในคุณค่าแห่งตนเพราะผู้สูงอายุติดบ้านมีความสำคัญสามารถเป็นที่พึ่งของครอบครัวและชุมชนได้ สร้างแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ สนับสนุนบริจาคสิ่งของ เครื่องใช้ สนับสนุนรถรับ - ส่ง ในการเข้ารับบริการสถานพยาบาล รวมทั้งเรื่องเงินสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุต่าง ๆ รวมทั้งมีการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควร มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุของปัจจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลมาสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้อย่างมีประสิทธิภาพในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้นำไปพัฒนาต่อยอด ประกอบกับการสร้างโปรแกรมหรือรูปแบบที่ใช้ในการพัฒนาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอนาคต

References

- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: Avid McKay Company .
Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of Psychological Test* (5th ed.). New York: Harper Collins.



- Donna, M., & Wilson. (2011). Upstream Thinking and Health Promotion Planning for Older Adults at Risk of Social Isolation. *International Journal of Older People Nursing*, 6(4), 282-288.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2016). *Report of the Situation of the Elderly in Thailand 2016*. Bangkok: Pongpanich Charoenphan Co., Ltd. (in Thai)
- Institute for Population and Social Research. (2015). *Mahidol Population Gazette in 2015*. Nakronpathom. Mahidol University. (in Thai)
- Jirawatkul, A. (2009). *Statistics for Health Science Research*. Bangkok: Vittayapat Published. (in Thai)
- Jitsopakul, N. (2014). Determine Factors Relating to Health Promotion Behaviors of the Elderly Living in Moo 6 Community, of Tambon BungSan, Amphoe Onkkarak, Changwat Nakhon Nayok. *Journal Academic of Patumthanee University*, 6(3), 171-178. (in Thai)
- Junthakot, S. (2014). Participation of the Village Public Health Volunteers in Enhancing the Elderly Health in UbonRatchathani Province. *Research and Development Health System Journal*, 7(1), 309-314. (in Thai)
- Kitreerawutiwong, N., & Mekrungrongwong, S. (2016). Factor Influencing Health Behavior among Elderly Living in the Community. *The Public Health Journal of Burapha University*, 11(1), 63-74. (in Thai)
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The Theory of the Estimation of Test Reliability. *The Psychometric Society*, 2(3), 151-160.
- Netdown, J. (2014). Determine Factors Relating to Health Promotion Behaviors of the Elderly Living in Moo 6 Community, of Tambon Bung San, Amphoe Onkkarak, Changwat Nakhon Nayok. *Pathumthani University Academic Journal*, 6(3), 171-178. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (4th ed). New Jersey: Upper Saddle River.
- Phitsanulok Provincial Public Health Office. (2015). *Annual Report for the Elderly in Phitsanulok Province 2015*. Phitsanulok Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Phitsanulok Provincial Public Health Office. (2018). *Annual Report for the Home-Bound Elder in Phitsanulok Province 2018*. Phitsanulok Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Pongsaengpan, & Rodjarkpai. (2014). *Community Participation on Elderly Health Promotion*. Chonburi: Phurapa University. (in Thai)
- Pumwiset, P. (2015). Self Health Care Behaviors among Elderly in Nonthaburi Province. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 38(2), 25-34. (in Thai)
- Rogers, C. R. (1970). *Carl Rogers on Encounter Groups*. New York: Harper & Row.
- Sakolsatayadorn, P. (2016). *Guideline for the Implementation of the District Health Management 5 Age Groups Integrated by the LTC as an Entry Point*. Ministry of Public Health: Nontaburee Province. (in Thai)
- Singkeaw, P. (2015). Health Behavior, Social Support and Health Care Service Request of Elderly at Muang Phisanulok District, Phisanulok Province. *Journal Science and Technology Nareasuan University*, 23(3), 46-59. (in Thai)



- Sithikan, W., Moolphate, S., & Jitae, S. (2017). Factors Associated with Health Promotion Behaviors of the Elderly in Ban Hong Subdistrict Municipality, Ban Hong District, Lamphun Province. *Lampang Medical Journal*, 38(2), 49-58. (in Thai)
- Sitthiwirattham, K., & Mekrungrongwong, S. (2016). Factors Affecting Physical Activities of Daily Living among Older People in Urban Area, Uttaradit Province. *Journal of Nursing Science & Health*, 38(4), 11-15. (in Thai)
- Tapasee, W., Piyachaiwut, N., Jaidee, C., & Piyarattanawat, S. (2018). Life Styles of the Home Bound Elderly in Wang Taku Subdistrict, Nakhon Pathom Province. *Journal of Nursing and Health SuanSunandha Rajabhat University*, 1(1), 28-35. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2017). *Caring for Home-Bound and Bed-Bound Elderly*. Retrieved March 20, 2017 from website: <http://www.thaihealth.or.th>. (in Thai)
- Vanichbuncha, K., & Vanichbuncha, T. (2017). *SPSS for Window*. Bangkok: Rongphim Samlada. (in Thai)
- Waichompu, N., Boontud, R., & Sing, N. (2019). Elderly Health Promotion by Three Main Concepts. *The Southern College Network Journal of Nursing and Health*, 6(2), 262-269. (in Thai)
- William, E. (2006). *Participation Management: Concept, Theory and Implementation*. Georgia: Georgia State University.
- Yotsena, B. (2016). Value of Elderly Person. *Journal of Community Development Research*, 9(1), 1-14. (in Thai)