

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่จีวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew Community Tungwatdon Sathorn Bangkok Thailand

พรศิริ พันธลี, วท.ม., Pornsiri Punthasee, M.Sc.^{1*}

กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ค.อ.ด., Kanjana Srisawad, D.I.Ed.²

¹รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Associate Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

²อาจารย์ ดร., สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

²Lecturer, Faculty of Nursing, Sukhothaimathirath University, Pakkret Nontaburi.

*Corresponding Author Email: pornsiri@slc.ac.th

Received: April 20, 2020

Revised: May 11, 2020

Accepted: May 18, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 134 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.42$, $SD = .40$) ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}= 4.65$, $SD = .53$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.34$, $SD = .70$) พฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ($\bar{X}= 4.75$, $SD = .90$) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.26$, $p < .01$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r= .30$, $p < .01$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -.29$, $p < .01$)

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this descriptive correlational research were to study the relationship between health belief perception and 3E 2S (Eating, Exercise, Emotion, Smoking, Spirits) health behaviors among elderly in Taejew Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand. The 134 samples were purposive sampling. The research tool was questionnaire consists of personal data, health belief and 3E 2S health behaviors. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square test and Pearson product moment correlation coefficient. The results revealed that the overall health perception were high level (\bar{X} =4.42, SD=.40) and the highest level is perceived susceptibility (\bar{X} = 4.65, SD=.53) The overall 3E 2S health behaviors were high level as well (\bar{X} =4.34, SD = .70) and the highest level is non smoking (\bar{X} = 4.75, SD=.90) It was also found that the elderly, who had different marital status and income, were statistical significance different 3E 2S health behaviors ($p<.05$) Besides the 3E 2S health behaviors were statistical significance positive associated with the overall health perception ($r=.26$, $p<.01$) and perceived benefits ($r= .30$, $p<.01$) but were negative associated with perceived barrier to disease prevention ($r= -.29$, $p<.01$)

Keyword: Health belief, 3E 2S Health behavior, Elderly

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั้งในระดับนานาชาติและประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีแนวโน้มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ในส่วนโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 16.06 โดยอันดับหนึ่งคือ กรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 17.98 (กรมการปกครอง, 2561) และจากสถิติโครงสร้างประชากรของประเทศต่าง ๆ คาดว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 2015 ร้อยละ 15.8 และปี ค.ศ. 2050 จะพบถึงร้อยละ 37.1 (United Nation, 2015) ปัญหาในอนาคตที่ตามมาจากการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุคือ งบประมาณของประเทศที่สูงมากในการดูแลรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพ การทำงาน

ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงจึงเกิดการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non communicable disease, NCDS) มากขึ้น ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) โรคดังกล่าวเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการป่วย จากความพิการ หรือไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ครอบครัวต้องรับภาระและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีปัญหาเศรษฐกิจ ความเหนื่อยล้าพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดปัญหาสุขภาพและภาวะเครียดของผู้ดูแล (ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) นอกจากนี้การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี 2556 ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 43 ในเพศชาย

และร้อยละ 50 ในเพศหญิง โรคเบาหวานร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 ขณะที่ มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ รวมทั้ง ผู้สูงอายุไทยยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่า เป้าหมายร้อยละ 30 ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติเป็นประจำได้น้อยที่สุดเรียงตาม ลำดับ ได้แก่ การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 15-30 นาที การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว การรับประทาน ผักและผลไม้ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556) ปัญหาสุขภาพดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. คือ การบริโภค อาหาร (Eating) การออกกำลังกาย (Exercise) การจัดการ กับอารมณ์ (Emotion) และ 2 ส. คือ การสูบบุหรี่ (Smoking) และการดื่มสุรา (Spirits) จะช่วยลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อันตรายได้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข, 2556) และจากการศึกษาของ สุรพล อริยะเดชา (2555) พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ 2 ส จะทำให้ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ใช้ อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สุขภาพ โดย เชื่อว่า บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ ใดๆ จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพตาม ความเชื่อของตน ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุม โรค (perceived barriers to disease prevention)

และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) (Janz & Becker, 1984) จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับ แบบแผนสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีผลการศึกษา ที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ เกษริน อุบลวงค์ และ นัยนา พิพัฒน์วนิชชา (2560) พบว่า ความเชื่อด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกัน โรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาของอุมาพร ปญญโสพรรณ และคณะ (2554) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในสตรีวัยทอง ส่วนการ ศึกษาของดวงหทัย แสงสว่าง และคณะ (2561) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรง ของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการ ลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะสุขภาพ เช่น การศึกษาของมนพัทธ์ อารัมภวีโรจน์ (2560) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุ ที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการ ศึกษาของเนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพและระดับการ ศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาของภักจิรา ภูสมศรี และคณะ (2562) พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลหนองซำซาก อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

สมาคมแต่จีวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่ที่ตั้งอยู่ใจกลางย่านธุรกิจของกรุงเทพมหานคร ได้มีการพัฒนาจัดกิจกรรมต่างๆ ไม่เพียงแต่เป็นที่พึ่งพาของสังคมชาวไทยเชื้อสายจีนเท่านั้นแต่ยังเอื้อให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงซึ่งมีหลากหลายวัฒนธรรมทั้งนับถือศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม มารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสวนสาธารณะของสมาคม ฯ เช่น เดิน วิ่ง พุดคุยกัน หรือออกกำลังกายอื่น ๆ เป็นต้น ผู้สูงอายุดังกล่าวอาจมีความเชื่อทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน และเนื่องจากสมาคมแต่จีวแห่งประเทศไทยตั้งอยู่ใกล้กับวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งมีพันธกิจมุ่งสอนให้ผู้เรียนเป็นผู้ที่มีความรู้และจริยธรรม ให้ความสำคัญกับคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการ รวมทั้งผู้สูงอายุ และสอนให้ผู้เรียนสามารถใช้องค์ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและความผาสุกแก่สังคมตามปณิธานของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่มาใช้บริการที่สวนสาธารณะของสมาคมแต่จีวแห่งประเทศไทย มีความเชื่อทางด้าน การดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอย่างไร รวมทั้งคุณลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างไรกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูล ในการหาแนวทางช่วยพัฒนา หรือจัดกิจกรรมส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

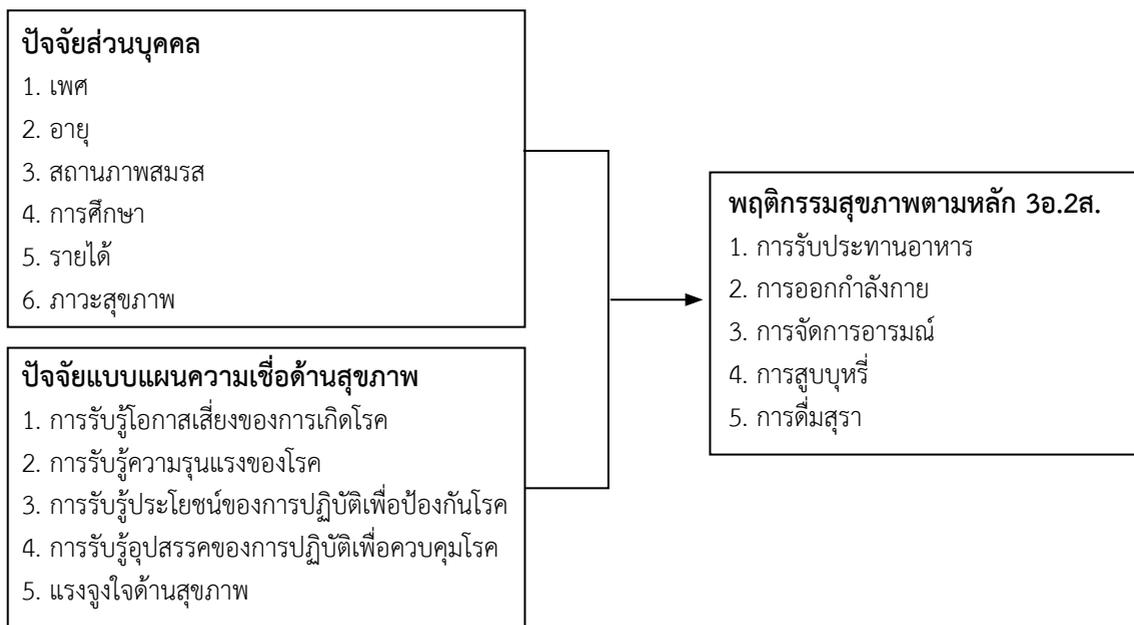
1. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz NK. and Becker MH., 1984) และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยมีการดำเนินงานวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมต่าง ๆ ณ สวนสาธารณะของสมาคมใน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมต่าง ๆ ณ สวนสาธารณะของสมาคมแต่จิวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และเต็มใจในการให้ข้อมูล การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G* Power 3.1 software (Cohen, 1992) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ .95 และค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองครูด จังหวัดตรัง $r = .508$ (ประไพพิศ สิงหเสน และคณะ, 2562) ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 134 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ตอนที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ตอนที่ 3 ปรับมาจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ

ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มีการรับรู้ที่น้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด (1-5) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 3 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 5 ข้อ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ 4 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การประเมินระดับความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับคือ น้อย (1.00-2.33) ปานกลาง (2.34-3.66) และมาก (3.67-5.00)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ.2ส. เป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีการปฏิบัติจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง (1-5) ประกอบด้วยด้านการบริโภคอาหาร 3 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านสุขภาพหฐี และด้านการดื่มสุรา ด้านละ 1 ข้อ รวม 7 ข้อ เกณฑ์การประเมินระดับความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับคือ น้อย (1.00-2.33) ปานกลาง (2.34-3.66) และมาก (3.67-5.00)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ของงานวิจัย (The Index of Item Objective Congruence, IOC) 0.77-1.00 และนำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกับวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha-Coefficient) เท่ากับ 0.86

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการสมาคมแต่จีวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอนเขตสาทร กรุงเทพมหานคร ผ่านสำนักงานสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงโครงการวิจัยอย่างละเอียดแล้วจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์

30 นาทีต่อคน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับ

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E.034/2562 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2562 โดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจทุกประเด็น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเกณฑ์การแปลผลระดับความสัมพันธ์ คือ ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.00-0.29 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ 0.30 - 0.49 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 0.50 - 0.69 มีความสัมพันธ์ระดับสูง 0.70 - 1.00 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.70 อายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 62.70 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.60 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 39.60 และ 30.60 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 92.50 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.70 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 64.80 ของผู้ที่

มีโรคประจำตัว และคนที่ไม่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค พบร้อยละ 28.40

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพทั้งโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครามีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.65$, $SD=.53$)

รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ($\bar{X}=4.64$, $SD=.41$) แรงจูงใจด้านสุขภาพ ($\bar{X}=4.56$, $SD=.54$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X}=4.55$, $SD=.49$) ตามลำดับ และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมโรค ($\bar{X}=3.70$, $SD=.83$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างรายด้านและภาพรวม (n = 134)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	4.65	.53	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.55	.49	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	4.64	.41	มาก
การรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมโรค	3.70	.83	มาก
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	4.56	.54	มาก
รวม	4.42	.40	มาก

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งโดยภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ($\bar{X}=4.75$, $SD=.90$) รองลงมาคือ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}=4.70$, $SD=.71$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ย

น้อยที่สุด คือ พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ การควบคุมปริมาณอาหารทุกมื้อ ($\bar{X}=3.72$, $SD=1.37$) การกินผักและผลไม้สด สะอาด เสมอวันละอย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัม ($\bar{X}=4.14$, $SD=1.05$) และการควบคุมรสชาติอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ ($\bar{X}=4.21$, $SD=1.12$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.(n = 134)

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		
	\bar{X}	SD	ระดับ
1. มีการควบคุมปริมาณอาหารทุกมื้อ	3.72	1.37	ดี
2. มีการควบคุมรสชาติอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ	4.21	1.12	ดี
3. กินผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	4.14	1.05	ดี
4. ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก	4.29	.88	ดี
5. มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ	4.29	1.03	ดี
6. การไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่	4.75	.90	ดี
7. การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.70	.71	ดี
รวม	4.34	.70	ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ และรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กันอย่าง
 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า สถานภาพสมรส มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.(n = 134)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.		
	χ^2	df	p-value
เพศ	1.247	1	.264
อายุ	1.699	2	.428
สถานภาพสมรส	8.241	2	.016*
การศึกษา	3.456	3	.326
รายได้	5.083	1	.024*
ภาวะสุขภาพ	.081	1	.776

* $p < 0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า การรับรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.26, p < .01$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

($r= .30, p<.01$) แต่การรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r= -.29, p<.01$) อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($n = 134$)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.	
	r	p- value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.09	.297
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.04	.643
การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	.30	.001*
การรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมโรค	-.29	.001*
ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ	.06	.536
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.26	.002*

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จากผลการวิจัยที่พบว่า สถานภาพสมรส และรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจะมีคู่มือที่ปรึกษาในการดำเนินชีวิต มีการพูดคุย ส่งเสริมให้กำลังใจกันในการดูแลสุขภาพ ได้ทำกิจกรรมต่างๆ หรือออกกำลังกายร่วมกัน ทำให้มีการออกกำลังกายได้ต่อเนื่อง คู่สมรสจะคอยดูแล เอาใจใส่เรื่องสุขภาพ การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เป็นต้น

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน (ขวัญดาว กลั่นรัตน์ และคณะ, 2556) สำหรับปัจจัยด้านรายได้ อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต และการเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ การจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการออกกำลังกาย ฯลฯ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของอุมพร ปุณณโศภวรรณ และคณะ (2554) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ต่างกัน โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

จากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.26, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ ได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ โดยผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงด้วย (Janz & Becker, 1984) แสดงว่าผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากจึงมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตนมากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จารุวรรณ พุ่มวิเศษ, 2557; อัจฉรา จินดาวัฒน์วงศ์ และคณะ, 2555 ; Nelson , Patterson et al., 2018 ; Fenfen , et al., 2019) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r= .30 , p<.01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในใจกลางเมืองของกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีอายุ 60-70 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุระดับต้นที่มีความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ เช่น Line application, E mail, YouTube, Facebook เป็นต้น ในการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านพื้นที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สื่อ และผู้สูงอายุนิยมใช้สื่อออนไลน์มากขึ้นและยังกระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง (ระวีวรรณ ทรัพย์อินทร์

และญาศิณี เคารพธรรม, 2560) และการศึกษาของรัตนา มูลนางเดียว (2558) พบว่า การได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอาศัยอยู่ใกล้สถานบริการสุขภาพในกรุงเทพฯ ฯ ซึ่งมีอยู่หลายแห่งจึงมีโอกาสดำเนินการรับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ อากาการ การดำเนินของโรค รวมทั้งการปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการปฏิบัติตัวให้มีสุขภาพดีทั้งเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพหรือการมีพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัตนา มูลนางเดียว, 2558; เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วิณิชชา, 2560) ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรที่จะส่งเสริมจัดกิจกรรมเพิ่มพูนการรับรู้ทางด้านนี้ให้มากยิ่งขึ้นเพื่อจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพดียิ่งขึ้นด้วย

สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค พบว่า อยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -.29 , p<.01$) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคในระดับมาก แสดงว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคน้อยการที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้และเชื่อว่าการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเป็นอุปสรรคน้อยสำหรับตนเองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีของแบบแผนสุขภาพของ

Janz & Becker (1984) เช่นเดียวกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2560) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33, p < .01$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำผลการวิจัยนี้ที่เกี่ยวกับความเชื่อรายด้าน และรายข้อไปใช้ในการออกแบบบริการในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุนี้ได้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มในบริบทของผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรม ณ สวนสาธารณะของสมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ปานทิพย์ ผ่องอักษร ผศ.ศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์ และ ผศ.ดร.สมนึก สุกุลหงส์โสภณ ที่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณ คุณทัศนีย์ สุวรรณโคตร คุณปริดา ธารนำเดชา คุณบุญยวีร์ ดิษฐวิโรจน์ คุณฉันทชนก เสมอภาค คุณธาวีลย์ กิจเกษมสวัสดิ์ คุณนุชนาถ คำพิสอน และ คุณสุพรรณิ อินทอง ที่ช่วยเก็บข้อมูลในการวิจัยจนทำให้ งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. *ระบบสถิติการลงทะเบียน กรมการปกครอง*. สืบค้นจาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 33(2), 14-24.
- ขวัญดาว กลั่นรัตน, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 7(3), 93-104.
- จารุวรรณ พุ่มวิเศษ. (2557). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร. *วารสารวิชาการแพทย์*, 8(1), 89-100.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.

- ดวงหทัย แสงสว่าง, โอนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, และ
นิลาวรรณ งามขำ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ.
วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์, 8(1), 103-117.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุศราคม สิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์.
(2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัด
ชุมพร. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*,
16(6), 749-758.
- ประไพพิศ สิงห์เสมอ, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์.
(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของ
ผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด จังหวัดตรัง. *วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 11(1),
37-42.
- ภัคจิรา ภูสมศรี, ดวงรัตน์ สว่างรัมย์, และสุนิสา ลิเคื้อ.
(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต
เทศบาล ตำบลหนองซำซาก อำเภอบ้านปึง
จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย
อีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(2), 228-230.
- มนพัทธ์ อารัมภวิโรจน์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรค
ความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านท่าซ้องเหล็ก
หมู่ที่ 9 จังหวัดอุบลราชธานีใน *การประชุม
วิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ
ราชธานีครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัด
อุบลราชธานี*. “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนา
ประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และ ยั่งยืน. 26-27
กรกฎาคม 2560 หน้า 933-944.
- ระวีวรรณ ทรัพย์อินทร์ และญาศินี เคารพธรรม. (2560).
สื่อกับผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสาร
นิเทศศาสตร์ธุรกิจบัณฑิต*, 11(2), 367-387.
- รัตนา มุลนางเดียว. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ศูนย์บริการ
สาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤษภมมหาวิทยาลัย
เกริก*, 33(3), 97-114.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
(2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก
NCD คุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). *รายงานการ
สำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้
แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิษุวัต. พี.พี.
- สุรพล อริยะเดชา. (2555). ผลของการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุม
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ
ข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง.
*วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(3), 205-216.
- อุมาพร ปุญญโสพรรณ, ผจงศิลป์ เพ็งมาก, และ
จุฑามาศ ทองคำสิง. (2554). การรับรู้โอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบล
ท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,
3(1), 47-60.
- อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และพัชรินทร์
นินทจันทร์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการ
รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียน
มัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารรามธิบดี
พยาบาลสาร*, 18(8), 58-69.

- Fenfen Li, et al. (2019) The Association between Health Beliefs and Fall-Related Behaviors and Its Implication for Fall Intervention among Chinese Elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 4774-4788.
- Cohen, J. (1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nded.). Hillsdale, New jersey : Erlbaum.
- Cohen, J. (1992) Quantitative Method in Psychology : A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Patterson, N. M., Bates, B. R., Chadwick, A. E., Nieto-Sanchez, C., & Grijalva, M. J. (2018). Using the health belief model to identify communication opportunities to prevent Chagas disease in Southern Ecuador. *PLoS neglected tropical diseases*, 12(9), e0006841.
- United Nation, Department of Economic and social Affairs, Population Division. (2015) *World Population Prospects : The 2015 Revision*, United Nations: New York, pp. 30.

