ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ขนิษฐา ตั้งกิตติวัฒน์[1*]

[1]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงมะเดื่อ, นครปฐม
*muh-lek2509@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 327 คน ใช้วิธีสุ่มเลือกแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86- .92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทีและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมพบว่าการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.35$, p-value $< .05$) รายได้และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .42$ และ $.38$ ตามลำดับ, p-value $< .05$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีการศึกษาน้อย และมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพต่ำ นอกจากนั้นยังสามารถใช้ข้อมูลที่ได้ในการศึกษาในการออกแบบระบบบริการโดยเฉพาะเรื่องด้านโภชนาการ การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการประเมินสุขภาพประจำปีให้ครอบคลุม

คำสำคัญ: พฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Factors associated with health-promoting behaviors among Elders in Prong Maduea Subdistrict, Mueang District, Nakhon Pathom Province

Kanittha Tangkittiwat[1*]

[1] Prongmadua Health Promoting Hospital, Muaeng District, Nakhon Pathom Province

* muh-lek2509@hotmail.com

Abstract

This study was a descriptive study. The objectives of this study were to study the relationship between personal factors including age, the number of years of study, income, perceived benefits of health promotion, and perceived barriers to health promotion and health promotion behaviors among the elderly, which are exercise and recreational activities, nutrition, stress management health responsibility interpersonal relationship and spiritual development. The sample consisted of 327 elderly people in the Prong Maduea Subdistrict, Mueang District, Nakhon Pathom Province. Multistage random sampling was used to recruit the study participant. The research instruments consisted of a personal data questionnaire, perceived benefits of health promotion questionnaire, perceived barriers to health promotion questionnaire, and health promotion behavior questionnaire. The reliability of the questionnaire was determined using Cronbach's alpha coefficient method, which was .86- .92. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were performed to analyze the data.

The results of the study demonstrated that the sample group's overall health promotion behavior was at a good level. The health promotion behaviors of the overall sample showed that exercise and recreational activities, stress management, health responsibility, interpersonal relationship, and spiritual development is at a good level except the nutritional aspect was at a fair level. Factors related to health promotion behaviors were: age had a negative relationship with health promotion behaviors ($r = -.35$, p-value $< .05$), income, and perceived benefits of health promotion was a positive correlation with health promotion behaviors ($r = .42$ and $.38$ respectively, p-value $< .05$). The results of this study can be used as a basis for the development of health promotion behaviors in the elderly group less educated and having low perceived benefits of health promotion. In addition, the information obtained in the study on the design of service systems, especially in the field of nutrition, creates awareness of the benefits of health promotion. Moreover, annual health assessment services should be offered for the elders.

Keywords: behavior, health-promoting behaviors, elders

1. บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคมของบุคคล การที่บุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะทำให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต สำหรับในยุคปัจจุบันนี้มีปัจจัยต่างๆเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคลมากมาย และมีความซับซ้อนมากกว่าในอดีตเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมืองเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ผลการสำรวจปัญหาของผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตหลายด้าน [1] ได้แก่ 1) ด้านร่างกายพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาทุกระบบ โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ ปัญหาจากการเสื่อมของอวัยวะ และบางคนมีหลายโรค เป็นต้น 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ รู้สึกไม่มีความสุข สิ้นหวัง หมดพลัง ภาวะเครียด 3) ด้านครอบครัวและสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ขาดเอาใจใส่ดูแล จนทำให้เกิดการแยกตัวเอง 4) ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในชีวิตของตนเองลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดหวังในชีวิต ส่งผลให้สุขภาพเสื่อมโทรม โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอื่น และมีอุบัติการณ์การมีภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก ทำให้ต้องเสียงบประมาณในการดูแลสุขภาพค่อนข้างสูง ดังนั้นหากมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะทำให้มีภูมิคุ้มกันที่ดี ลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อ [2]

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ปรากฏชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตามแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ [3] ซึ่งอธิบายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วย การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยผลจากการศึกษาครั้งนี้ จะได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำมาวางแผนดำเนินการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในระดับนโยบายตลอดจนระดับปฏิบัติการ สามารถที่จะดำเนินการพัฒนา และลดทอนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ [3]ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยง [4, 5] สำหรับการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะอายุ การศึกษา และรายได้ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ มีการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคยปฏิบัติ ถึงปฏิบัติทุกครั้ง

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Descriptive Research) ประชากรเป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 2,071 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร [6] กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงมะเดื่อ จำนวน 327 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการตกลงด้วยวาจา ภายหลังได้รับการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยจากผู้วิจัยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ [3] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ รวมจำนวน 52 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง

ทดสอบคุณภาพเครื่องมือหาค่าโดยหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 ท่าน ได้ค่า S-CVI เท่ากับ .96 ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา โดยทดสอบในผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .89

การแปลความหมายระดับคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง ต้องปรับปรุง

ระดับคะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง พอใช้

ระดับคะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง ดี

ระดับคะแนน 3.51 – 4.00 หมายถึง ดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ [3] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ทดสอบคุณภาพเครื่องมือหาค่าโดยหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 ท่าน ได้ค่า S-CVI เท่ากับ 1.00 ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา โดยทดสอบในผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .86

การแปลความหมายระดับคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.00 – 3.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูง

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.66 – 2.34 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.33 – 1.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ [3] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ทดสอบคุณภาพเครื่องมือหาค่าโดยหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 ท่าน ได้ค่า S-CVI เท่ากับ 1.00 ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา โดยทดสอบในผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .92

การแปลความหมายระดับคะแนนดังนี้

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.00 – 3.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.66 – 2.34 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.33 – 1.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 3/2565 หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและลงนามในยินยอมให้ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพศด้วยสถิติพรรณนาสถิติที (Independence t-test) และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s correlation coefficient)

5. ผลการวิจัย

1. เมื่อจำแนกตามข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิงและอายุน้อยกว่า 75 ปี (ร้อยละ 69.72 และ 59.63 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.95) สำหรับจำนวนปีศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ศึกษาเฉลี่ย 6.57 ปี (SD = 2.37) ส่วนมากมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60.85)

2. เมื่อจำแนกระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมพบว่าทุกด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านโภชนาการคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเรียงลำดับด้านที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจากน้อยไปมาก ลำดับ ได้แก่ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน และการจัดการกับความเครียด ตามลำดับ ($\overline{X}$ = 2.43, 2.65, 2.72, SD = 0.47, 0.49, 0.56 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

3. อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายข้อ พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับจากน้อยไปมากได้แก่ ออกกำลังกายโดยการบริหารร่างกาย ($\overline{X}$ = 1.28, SD = 0.42) ปฏิบัติงานประจำที่ต้องใช้แรงติดต่อกันนาน 30 นาทีต่อครั้ง ($\overline{X}$ = 1.37, SD = 0.25) ข้ามถนนโดยใช้ทางม้าลาย สะพานลอยหรือสัญญาณไฟแดง ($\overline{X}$ = 1.56, SD = 0.83) สวมหมวกนิรภัยหรือรัดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานพาหนะ ($\overline{X}$= 1.71, SD = 0.69) และผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ ($\overline{X}$ = 1.75, SD = 0.77) ผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ ($\overline{X}$ = 1.95, SD = 0.55)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน (n= 327)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน	2.65	0.49	ดี
ด้านโภชนาการ	2.43	0.47	พอใช้
การจัดการกับความเครียด	2.72	0.56	ดี
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.22	0.62	ดี
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.17	0.66	ดี
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.99	0.65	ดี
ภาพรวม	**2.76**	**0.33**	**ดี**

5. สำหรับการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยด้านอายุที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.35$, p-value $< .05$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .42$, p-value $< .05$) และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .38$, p-value $< .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ ของผู้สูงอายุในชุมชน (n=327)

ตัวแปร	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	
	r	p-value
อายุ	-.35**	<.05
จำนวนปีที่ศึกษา	.01	.83
รายได้	.42**	<.05
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	.38**	<.05
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	.05	.77

6. สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีไม่ครอบคลุม สำหรับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมพบว่าทุกด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านโภชนาการคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อเรียงลำดับด้านที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจากน้อยไปมาก ลำดับ ได้แก่ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน และการจัดการกับความเครียด สำหรับการหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ในทางตรงกันรายได้และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

7. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากส่วนใหญ่มีบุตรและพักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาลนอกจากนั้นยังสะท้อนถึงการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าส่วนมากมีบัตรประกันสุขภาพ ประกอบกับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่มีการจัดบริการในพื้นที่มีการดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมครอบครัว และการใช้เครือข่ายเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่าย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cinaroglu [7] ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดีสอดคล้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ยกเว้นด้านโภชนาการอยู่ในระดับพอใช้ จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องฟัน ทำให้เกิดปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่อายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Thanomsat and Chosilp [8] ที่พบว่าอายุของอาสาสมัครศูนย์พักพิงผู้ประสบอุทกภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [9,10] สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง จะมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ หรือมีโอกาสที่จะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทางเลือก ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน อีกทั้งยังเกิดภาวะเศรษฐกิจฝืดเคืองทำให้ต้องทำงานมากขึ้น และมีโอกาสในการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมลดลง

การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพต่ำสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [11] ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ดี เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ทำแล้วมีสิ่งที่เป็นทางบวกเกิดขึ้น ทำให้เกิดแรงผลักดันและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

จำนวนปีที่ศึกษาไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Anaki and Sergay [12] สามารถอธิบายได้ว่า การให้บริการสาธารณสุขในยุคปัจจุบันเน้นการให้บริการเชิงรุก โดยเฉพาะการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพนอกจากการให้ความสำคัญกับการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย เช่น สื่อโทรทัศน์ อินเตอร์เน็ต เป็นต้น ทำให้ประชาชนทุกระดับการศึกษาสามารถเข้าถึงข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 82.61) จึงทำให้ไม่เกิดความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำเนื่องมาจากระบบการบริการสาธารณสุขมีการสนับสนุนบริการด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่า การมีสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมไม่ใช่เรื่องยาก ซึ่งผลการศึกษานี้ตรงข้ามกับการศึกษาที่ผ่านมา [13] ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต้จิ๋วแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

8. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ยังมีการปฏิบัติน้อย โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก โดยอาจมีการจับคู่บัดดี้ในการดูและหว่างผู้สูงอายุที่อายุน้อยและมากเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และดูแลซึ่งและกัน และเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยโดยอาจมีการประสานงานกับแหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังสามารถใช้ข้อมูลที่ได้ในการศึกษาในการออกแบบระบบบริการโดยเฉพาะเรื่องด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน และการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม โดยเน้นการสื่อข้อมูลในช่องทางต่าง ๆ ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการจัดบริการประเมินสุขภาพประจำปีและบริการทันตกรรมให้ครอบคลุม

9. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มผู้สูงอายุอายุกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการศึกษานี้จนการศึกษานี้เสร็จลุล่วงไปด้วยดี

10. เอกสารอ้างอิง (References)

[1] Siritarungsri, B., Soranastapom, S., Malee, S., Francis, K., & Mills, J. (2015). Strategies for successful ageing living alone. **Journalism and Mass Communication**, 5(2), 87-97

[2] Bettelli, G. (2018). **Perioperative care of the elderly: clinical and organizational aspects** (First edition. ed.): Cambridge University Press.

[3] Pender, N. J., Parsons, M. A., & Murdaugh, C. L. (2019). **Health promotion in nursing practice** (9th ed. ed.). London: Pearson.

[4] Huang, X., Dai, S., & Xu, H. (2020). Predicting tourists' health risk preventative behaviour and travelling satisfaction in Tibet: Combining the theory of planned behaviour and health belief model. **Tourism Management Perspectives**, 33, 100589.

[5] Jose, R., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., Manju, L., & Benny, P. (2021). Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: a health belief model approach. **Clinical Epidemiology and Global Health**, 9, 41-46.

[6] Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. **Educational and psychological measurement**, 30(3), 607-610.

[7] Cinaroglu, S. (2021). Health behaviors and health services accessibility factors associated with diabetes: a propensity score matching analysis. **Expert Review of Endocrinology & Metabolism**, 16(1), 19-24. doi:10.1080/17446651.2021.1853526

[8] Thanomsat, K., & Chosilp, N. (2012). **Health behavior among volunteer in the Nakhon Pathom Rajabhat University flood sherlter**. Paper presented at the NPRU conference 4th, Nakhon Pathom.

[9] Kim, S., & Koh, K. (2021). The effects of income on health: Evidence from lottery wins in Singapore. **Journal of Health Economics**, 76, 102414.

[10] Lanza, K., Stone Jr, B., & Haardörfer, R. (2019). How race, ethnicity, and income moderate the relationship between urban vegetation and physical activity in the United States. **Preventive Medicine**, 121, 55-61.

[11] Mahakote, S., Khungtumneam, K., & Kompayak, J. (2022). Factors Related Health Promoting Behaviors in Elderly People: A Case Study in a Crowded Community, Bangkok. **Journal of Health and Nursing Research,** 36(2), 225-233.

[12] Anaki, D., & Sergay, J. (2021). Predicting health behavior in response to the coronavirus disease (COVID-19): Worldwide survey results from early March 2020. **PLoS ONE**, 16(1), e0244534.

[13] Punthasee, P., & Srisawad, K. (2020). Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew Community Tungwatdorn Satorn Bangkok Thailand. **Journal of Health and Health Management**, 6(1), 45-57.

.