Received: 2 Jun 2022; **Revised:** 16 Jun 2022
Accepted: 23 Dec 2022

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

นพดล ทองอร่าม[1] อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ[2] และ พุฒิพงศ์ มากมาย[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประชากรคือ ผู้สูงอายุ ระหว่าง 60-70 ปี เขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 811 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 274 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.248, P-value<0.001) การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน (r=0.250, P-value<0.001) การมีส่วนในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน (r=0.206, P-value<0.001) การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ (r=0.257, P-value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

[1] วิทยาลัยชุมชนปัตตานี, E-mail: Nopadol.tho@pncc.ac.th

[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

[3] คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น, E-mail: m.phutthi@gmail.com

Predisposing enabling, and reinforcing factors associated with health behavior among elderly in Lansak District, Uthai Thani Province.

Nopaadol Thongaram[1], Amornsak Poum[2] and Phutthipong Makmai[3]

Abstract

This descriptive research aimed to study predisposing, enabling, and reinforcing factors associated with health behavior among elderly. Population in this study consisted of 811 elderlies age between 60-70 years which be registered in Lansak District, Uthai Thani Provinc. The sample size calculating used Daniel formula for 274 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 6 parts including, characteristics, health knowledge, health perception, enabling, and reinforcing factor, and health behavior. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.90. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that factors were associated with health behavior among elderly with statistic significantly including; health perception (r=0.248, P-value<0.001) accessibility in public community (r=0.250, P-value<0.001) participatory with aging club and community (r=0.206, P-value<0.001) health worker support (r=0.257, P-value<0.001), respectively.

Keywords: Predisposing factor, Enabling factor, Reinforcing factor, Health behavior, Elderly

[1] วิทยาลัยชุมชนปัตตานี, E-mail: Nopadol.tho@pncc.ac.th

[2] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

[3] คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น, E-mail: m.phutthi@gmail.com

บทนำ

ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั้งในระดับนานาชาติและประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 และในปี พ.ศ.2561 มีจำนวนประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.8 ของประชากรไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562) โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเป็น ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ.2574 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.1 ในปี พ.ศ.2593 ซึ่งจะมีผลทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (ชมพูนุช พรหมภักดี, 2556) สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุเขตจังหวัดอุทัยธานี พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 59,477, 60,289 และ 61,042 คน ตามลำดับ ซึ่งมีลักษณะการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในอำเภอลานสัก มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 8,367, 9,308 และ 9,516 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ พบว่า ปี พ.ศ.2562 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตจังหวัดนครปฐม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 3.52) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.78) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.46) ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจึงนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุกๆด้าน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยตามวัย นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากวัยสูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งจากสภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง การสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมและอาจวิตกกังวลต่อความตายที่อยู่ในส่วนลึกของจิตใจสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้คุณค่า ขาดแรงจูงใจและความกระตือรือร้นลดลง ขาดความเชื่อมั่นและหมดความภาคภูมิใจในตนเอง การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง เกิดการพึ่งพิงทั้งด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคมจะส่งผลกระทบถึงกันและกันไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดน้อยลง (World Health Organization, 1994)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในวัยสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ลดลงไป จนถึงมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดีได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง การศึกษาวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดย

ประยุกต์ใช้แนวทางจากองค์การสหประชาชาติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม สุขภาพและความปลอดภัย (World Health Organization, 2002) ซึ่งเป็นตัวกำหนดปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตจังหวัดอุทัยธานี เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยนำ 3) ปัยจัยเอื้อ 4) ปัจจัยเสริม ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–70 ปี และอาศัยอยู่ในอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 811 คน ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมิน ADL จะต้องไม่ติดเตียง ไม่ติดบ้าน เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel (2012) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 274 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อของผู้สูงอายุจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดนครปฐม โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 274 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านความรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อคำตอบมีลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (Bloom (1968) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง คะแนน≥80% ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61–79% และระดับต่ำ คะแนน≤60%

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุข การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน การมีส่วนในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ความสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การจัดการด้านอารมณ์ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 3, 4, 5, 6 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง (3.67–5.00 คะแนน)
ระดับปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน)
ระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.90

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.20%) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (73.70%) และมีผู้สูงอายุที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (22.60%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (90.10%) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (63.90%) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระหว่าง 4,501–9,500 บาท (58.80%) ($\bar{X}$=6,977.29, S.D. =3,131.68, Min=600, Max=18,400) ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (60.90%) โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (15.71%) โรคเบาหวาน (6.60%) โรคเก๊าท์ (5.10 %) ตามลำดับ

ปัจจัยนำด้านความรู้สุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (75.90%) ($\bar{X}$=2.66, S.D. =0.63) ปัจจัยนำด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (75.90%) ($\bar{X}$=2.66, S.D. =0.63) ปัจจัยเอื้อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (53.60%) ($\bar{X}$=2.49, S.D. =0.57) ปัจจัยเสริม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (52.20%) ($\bar{X}$=2.51, S.D. =0.52) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดนครปฐม

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยนำ								
- ความรู้สุขภาพ	208	75.90	41	15.00	25	9.10	2.66	0.63
- การรับรู้ด้านสุขภาพ	143	52.20	131	47.8	-	-	2.52	0.50
ปัจจัยเอื้อ	**147**	**53.60**	**116**	**42.20**	**11**	**4.00**	**2.49**	**0.57**
- การเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุข	250	91.20	18	6.60	6	2.20	2.89	0.37
- การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน	158	57.70	86	31.40	30	10.90	2.46	0.68
- การมีส่วนในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน	245	89.40	16	5.80	13	4.70	2.84	0.47
ปัจจัยเสริม	**143**	**52.20**	**128**	**46.70**	**3**	**1.10**	**2.51**	**0.52**
- การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ	244	89.10	24	8.80	6	2.20	2.86	0.39
- การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชน	199	72.60	69	25.20	6	2.20	2.70	0.50
- การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	261	95.30	8	2.90	5	1.80	2.93	0.31

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (54%) ($\bar{X}$ =2.44, S.D. =0.51) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X}$=2.85, S.D. =0.48) การออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =2.31, S.D. =0.91) การรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ =2.95, S.D. =0.25) ความสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X}$=2.97, S.D. =0.20) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X}$=2.94, S.D. =0.30) การจัดการด้านอารมณ์ ($\bar{X}$=2.80, S.D. =0.47) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดนครปฐม

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมสุขภาพ	**124**	**45.30**	**148**	**54.00**	**2**	**0.70**	**2.44**	**0.51**
- ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	249	90.90	10	3.60	15	5.50	2.85	0.48
- การออกกำลังกาย	172	62.80	16	5.80	86	31.40	2.31	0.91
- การรับประทานอาหาร	265	96.70	6	2.20	3	1.10	2.95	0.25
- ความสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	271	98.9	0	0.00	3	1.10	2.97	0.20
- การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	266	97.10	2	0.70	6	2.20	2.94	0.30
- การจัดการด้านอารมณ์	229	83.60	36	13.10	9	3.30	2.80	0.47

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพ (r=0.248, P-value<0.001) การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน (r=0.250, P-value<0.001) การมีส่วนในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน (r=0.206, P-value<0.001) การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ (r=0.257, P-value<0.001) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดนครปฐม

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ			
- ความรู้สุขภาพ	0.084	0.164	ไม่พบความสัมพันธ์
- การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.248	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยเอื้อ	**0.204**	**0.01**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุข	0.026	0.671	ไม่พบความสัมพันธ์
- การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน	0.250	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การมีส่วนในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน	0.206	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยเสริม	**0.324**	**<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ	0.257	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชน	0.108	0.074	ไม่พบความสัมพันธ์
- การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.092	0.131	ไม่พบความสัมพันธ์

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (P-value<0.001) สามารถอธิบายได้ว่า รับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม (Rosenstock, 1974) ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และคณะ (2565) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (P-value<0.001) เนื่องจากการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข เช่น การเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความสะดวกในการใช้บริการหรือการเข้าไปใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่จะมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับปัจจัยเอื้อด้านการมีส่วนในชมรมผู้สูงอายุและชุมชนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (P-value<0.001) เพราะจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การมีสถานที่และอุปกรณ์ช่วยในการออกกำลังกาย หรือการที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมตามบ้านเป็นประจำซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นตามไปด้วย ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ ช่างไม้ (2556) พบว่า การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี (P-value =0.006)

การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (P-value<0.001) เนื่องจากปัจจัยเสริมเป็นการเสริมหรือสร้างแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำหรือเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรอื่นปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจการเอาเป็นแบบอย่าง การตำหนิติเตียน การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมาก (Green and

Kreuter, 1999) สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยเสริมคือ ผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับคือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้นอาจช่วยสนับสนุนพฤติกรรมได้ซึ่งจะได้รับจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเองรวมถึงอิทธิพลจากสังคม (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2554)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ควรวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับบริบทการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่งเสริมศักยภาพในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในการส่งเสริมเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนงานโครงการของหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **Health Data Center.** https://hdcservice moph.go.th/hdc/reports/page.php.

จุฬาภรณ์ โสตะ. (2554). **แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชมพูนุช พรหมภักดี. (2556). **การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand).** วารสารสำนักวิชาการสำนัก เลขาธิการวุฒิสภา. 3(16), 1-17.

เนาวรัตน์ ช่างไม้. (2556). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลบางรักน้อย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี**. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 8(6), 8-10.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2562). **สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ และ นูรมา สมการณ์. (2565). **การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส.** วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 5(1), 146-155.

Best, John W. (1977). **Research is Evaluation.** (3rd ed). Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall.

Bloom, Benjamin S., et al. (1971). **Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: McGraw-Hill Book Company.

Cronbach, Lee J. (1951). **Essentials of Psychological Testing**. (3rd ed). New York: Harper.

Daniel W.W. (2010). **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences**. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Green, L. W. and Kreuter, M.W. (1991). **Health promotion planning: and environmental approach**. Toronto: Mayfied Publishing.

Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. **Health Education & Behavior.** 2(4), 1-9.

World Health Organization (WHO). (1994). **Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography**. https://apps.who.int/iris/handle/10665/61629.

World Health Organization (WHO). (2002). **Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH/02.8).** http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri2.pdf.