



Health Literacy and Health Promoting Behaviors Among Muslim Older Adults*

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม*

กามีละ	ซ่ง**	Kamilah	Song**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ภารดี	นานาสิลป์****	Paradee	Nanasilp****

Abstract

Health promoting behaviors in the elderly result in well-being. This research aimed to describe health literacy, health promoting behaviors and the relationship between health literacy and health promoting behaviors of Muslim older adults. The sample consisted of 197 Muslim older adults living in Muang District, Pattani Province. The participants were recruited by multi-stage random sampling. Data were collected using the Health Literacy and the Health Promoting Behaviors questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The research revealed that:

1. Most Muslim older persons (98.98%) had functional health literacy.
2. Muslim older persons had health promoting behaviors at a moderate level. Considering each behavior, spiritual growth, interpersonal relationship, stress management and nutrition were at a good level. Health responsibility was at a moderate level, and physical activity was at a fair level.
3. Health literacy showed a positively significant relationship with health promoting behaviors at a high-level ($r = .56, p < .05$).

The results of this study could serve as information for health care teams to plan for modifying health promoting behaviors for Muslim older persons by improving health literacy, especially communicative/interactive and critical health literacy.

Keywords: Health literacy; Health promoting behaviors; Muslim older adults

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: meesong.msc@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University,

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 19 April 2018; Revised 24 May 2018; Accepted 21 June 2018



บทคัดย่อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดสุขภาวะ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมุสลิมจำนวน 197 ราย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 98.98)
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการเจริญทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจัดการความเครียด และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้
3. ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมโดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับจิตวิญญาณ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมุสลิม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: meesong.msc@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจำนวนประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการรายงานสถิติประชากรของโลกพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน 1 ใน 8 ของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2015 โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั่วโลกในปี ค.ศ. 2030 (United Nations, 2015) สำหรับประเทศไทยอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557 โดยมีการกระจายตัวอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ โดยในภาคใต้มีร้อยละ 12 (National Statistical, 2015) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้สูงอายุภาคใต้ ร้อยละ 19 นับถือศาสนาอิสลาม และเป็นร้อยละ 77.8 ของผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามทั่วประเทศ และพบว่า จังหวัดปัตตานีมีผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุภาคใต้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุภาคอื่น ๆ โดยพบว่า ผู้สูงอายุภาคใต้ร้อยละ 23.7 ที่อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้ (Pattani Governor, 2015)

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนำมาซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยด้านร่างกาย โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุภาคใต้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง (National Statistical, 2015) นอกจากอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วกลุ่มชาวมุสลิมยังมีเอกลักษณ์ในการบริโภคอาหารที่ปฏิบัติกันมายาวนาน เช่น โรตีสาน แกงมัสมั่น แกงกะทิ ปลาเค็ม น้ำบูดู เนื้อเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง (Treemongkuntip & Sarakul, 2005) และยังพบว่าร้อยละ 84 ของชาวมุสลิมมีการปรุงอาหารประเภททอด (Abu, 2006) นอกจากนี้ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย เนื่องจากมีความสนใจการปฏิบัติธรรมทางศาสนา เข้าปฏิบัติศาสนกิจในมัสยิด อ่านคัมภีร์อ่านกุรอาน (Vaivanjit, Makeng, & Chintara, 2015) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) คือ การกระทำของบุคคล หรือ การปฏิบัติตน เพื่อเพิ่มการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Pender, 1996) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในตำบลกะมิยอ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี พบว่าผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมทางศาสนาด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 99 แต่ไม่เคยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายถึงร้อยละ 48.8 (Abu, 2006) จึงมีความสำคัญต่อบุคลากรที่ดูแลสุขภาพในการหาวิธีในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพ มีหลายปัจจัยโดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งองค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้ประชากรทั่วโลกมีความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และนำข้อมูลมาปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Nutbeam, 1998)

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ทักษะทางสติปัญญา และทักษะทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อการส่งเสริม และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (World Health Organization, 1998) โดยจำแนกไว้ 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะต้องพัฒนา 6 ด้านที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2008) จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 99.5 และความรู้ทางด้าน

สุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.5 แม้ว่าความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะอยู่ในระดับที่ต่ำ แต่สามารถปรับปรุงพัฒนาส่งเสริมเพื่อให้สามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะต้องมีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ สามารถเข้าถึงข้อมูลหลากหลายแหล่ง และเมื่อได้รับข้อมูลแล้วสามารถวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai, 2016) จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Ginggeaw, & Prasertsri, 2016)

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและในต่างประเทศในช่วงเวลาที่ผ่านมาพบข้อมูลการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิม ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไปทั้งในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดปัตตานี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้รับบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมเป็นอย่างไร
3. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางสติปัญญา และเป็นทักษะทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานซึ่งบุคคลจะต้องมีทักษะในการอ่านออกเขียน ฟังได้ เพื่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ซึ่งบุคคลต้องสามารถสกัดข้อมูลจากการสื่อสารหลายช่องทางเพื่อให้ได้ความหมายและใช้ข้อมูลเพื่อมาปรับเปลี่ยนเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และบุคคลจะต้องมีความรู้ทางด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณโดยจะต้องวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้บุคคลจะต้องมีทักษะที่สำคัญเพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ด้านความรู้ ความเข้าใจ 3) ด้านการสื่อสารสุขภาพ 4) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการจัดการตนเอง 6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพทำให้บุคคลมีทักษะในการค้นหา และวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ จะช่วยให้สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพและร่วมมือ หรือ มีส่วนร่วมกับบุคลากรสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการ

ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีโดยประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด (Pender, 1996) ที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุมุสลิมที่มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

1. สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Sciences, 2014) โดยได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน
2. มีสติปัญญาการรับรู้ปกติจากการประเมินสติปัญญาโดยใช้แบบทดสอบทางสติปัญญา (Mental Status Questionnaire: MSQ) ของ คาร์, โกลด์ฟาร์บ, พอลแลค และ เพค (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck, 1960) โดยได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน
3. สามารถพูดสื่อสารภาษาไทย หรือ ภาษายาวี ได้
4. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี power analysis กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ขนาดของอิทธิพล (effect size) ที่นำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.20 จากการเปิดตารางของ โพลิต และ เบคค์ (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) คือ สุ่มตำบลมา 4 ตำบล จาก 13 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี หลังจากนั้นสุ่ม 2 หมู่บ้าน จากแต่ละตำบลที่ถูกสุ่มได้ รวมทั้งหมด 8 หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน และเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันในแต่ละหมู่บ้านคือ 24-25 คน และมีความใกล้เคียงกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน อาชีพในอดีต รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ภาษาที่ใช้สื่อสาร โรคประจำตัว การใช้ยาและจำนวนยาที่ใช้ประจำ ชนิดยาที่ใช้ประจำ แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ สิทธิการรักษา และการได้รับการเยี่ยมบ้าน

2. แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางด้านสุขภาพของ วรณศิริ นิลเนตร และคณะ (Nilnate et al., 2016) ประกอบด้วยความรู้ 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ด้านการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการตนเองทางด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ และด้านการรู้เท่าทันสื่อทางด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

การแปลคะแนน โดยภาพรวมจะแบ่งคะแนนเป็นระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ 1) ข้อคำถามที่วัดระดับพื้นฐาน จำนวน 11 ข้อ เมื่อคุณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 3.12 คะแนน กลุ่มระดับพื้นฐาน คือ ผู้ที่ได้คะแนนในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐานร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ ≥ 1.56 คะแนน 2) ข้อคำถามที่วัดระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 14 ข้อ เมื่อคุณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 4.34 คะแนน กลุ่มระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามวัดระดับพื้นฐาน และข้อคำถามวัดระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ ≥ 5.29 คะแนน 3) ข้อคำถามที่วัดระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 13 ข้อ เมื่อคุณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานคะแนนเต็มเท่ากับ 4.00 คะแนน ออกกลุ่มระดับวิจารณ์ญาณ คือ ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถาม วัดระดับปฏิสัมพันธ์ และข้อคำถามวัดระดับวิจารณ์ญาณร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ ≥ 9.46 คะแนน

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ศิริมา วงค์แหลมทอง (Wonglamthong, 1998) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 51 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ กิจกรรมทางกาย จำนวน 8 ข้อ การเจริญทางจิตวิญญาณ จำนวน 9 ข้อ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ การจัดการกับความเครียด จำนวน 8 ข้อ และโภชนาการ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ระดับคะแนนของแต่ละข้อมีตั้งแต่ระดับ 1-4 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 51-204 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (validity)

ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่ได้หาความตรงของเครื่องมือ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2.1 แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางด้านสุขภาพของ วรรณศิริ นิลเนตร (Nilnate et al., 2016) ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นโดยแยกเป็นรายด้าน ดังนี้

2.1.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นใช้วิธี Kuder Richardson (KR 20) ได้เท่ากับ .84

2.1.2 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเองทางด้านสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .96, .68, .62, .90, .42 ตามลำดับ

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ศิริมา วงค์แหลมทอง (Wonglamthong, 1998) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .97

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

2.1 คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ



พรรณนา โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ ของระดับคะแนน

2.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำข้อมูล ทั้ง 2 ชุด มาทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov- Smirnov test ก่อนการวิเคราะห์หา ความสัมพันธ์ พบว่าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ โคเฮน (Cohen, 1988)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.54 ปี (SD = 6.02) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 63.45 เป็นเพศชาย ร้อยละ 43.15 เพศหญิง ร้อยละ 56.85 ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 20.81 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.61 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.93 ในปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.92 และ ในอดีตประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21.83 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 50.25 แหล่งที่มาของรายได้จาก เบี้ยยังชีพ ร้อยละ 60.49 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 64.97 อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 37.06 มีจำนวน สมาชิกในครอบครัว 4-6 คน ร้อยละ 45.18 กลุ่มตัวอย่างดูแลตนเอง ร้อยละ 67.51 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.70 ใช้ภาษามลายูในการสื่อสาร ร้อยละ 70.56

ข้อมูลความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.98 (n = 63) เป็นโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.13 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวใช้ยา ร้อยละ 31.47 และได้รับยารับประทาน 1 ชนิด ร้อยละ 10.15 ใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 53.81 สิทธิในการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ร้อยละ 84.27 และได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 61.42 โดยผู้เยี่ยมส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 23.35 ได้รับการเยี่ยม 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 69.42 กิจกรรมของการเยี่ยม คือ การวัดความดันโลหิต ร้อยละ 54.55

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (n = 197)

ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ	จำนวนข้อคำถาม	คะแนนเมื่อคูณค่าน้ำหนัก	เกณฑ์คะแนนที่ใช้ในการจัดกลุ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ขั้นพื้นฐาน	11	3.12	≥ 1.56	195	98.98
ขั้นปฏิสัมพันธ์	14	4.34	≥ 5.29	2	1.02
ขั้นวิจรณ์ญาณ	13	4.00	≥ 9.46	0	0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 98.98 และอยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 1.02

ตารางที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (n = 197)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.73	0.89	ปานกลาง
2. กิจกรรมทางกาย	2.54	0.76	พอใช้
3. การเจริญทางจิตวิญญาณ	3.05	0.74	ดี



ตารางที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (n = 197) (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.18	0.67	ดี
5. การจัดการความเครียด	3.21	0.74	ดี
6. โภชนาการ	3.07	0.67	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	151.16	33.90	ปานกลาง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 151.16, SD = 33.90) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม (n = 197)

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ระดับ
	r	p-value	ความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.56*	.000	สูง

*p<.05

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .05$)

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 98.98) และอยู่ในขั้นปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 1.02 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 63.45) เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง ซึ่งมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยทำให้การเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร และคณะ (Nilnate et al., 2016) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 99.5) โดยสาเหตุเกิดจากการมีอายุมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เคสเซอร์, คีเน, สโมเทอส์, และ โรเจอร์ (Chesser, Keene, Smothers, & Rogers, 2016) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.61) อธิบายได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาจะสามารถเข้าใจข้อมูลทางด้านข้อความคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล มีการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุ คงเจริญ และ นันทิมา นาคพงศ์ (Khongjarean & Nakaphong, 2019) เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด

พะเยา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากการอ่านออกเขียนได้ ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้การเข้าถึงเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แต่ยังคงขาดความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับขั้นพื้นฐาน

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 151.16, SD = 33.90) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 67.54 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ส่งผลให้ยังคงความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนวล พูลเกษร (Poolkason, 2001) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.61) ซึ่งถือว่าทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการศึกษาในระดับประถมศึกษาจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถหาข้อมูลความรู้เพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรดาว จิตโสภาคกุล (Jitsopakul, 2015) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 35.03 และยังทำงานเกือบร้อยละ 40 ส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุอาจจะไม่มีเวลาดูแลตนเอง ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งบริการที่จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (Jitsopakul, 2015) และยังพบว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่เพียงลำพัง หรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้น และดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.51) อาจทำให้ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดูแลตนเองหรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 79.70) อาจทำให้ขาดโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหรือได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกัญจน์ สกุลปัญญวัฒน์ (Skulpunyawat, 2014) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุชาวมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ มนทิยา กงลา และ จรวย กงลา (Kongla & Kongla, 2015) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.73, SD = 0.89) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 53.81 และเมื่อไม่สบายหรือรู้สึกผิดปกติก็อาจจะมีการปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่ดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุนำความรู้ที่นำมาเป็นพฤติกรรมในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิสร์ แก้วแดง, และ ธิษมน นามวงศ์ (Kadudom, Kaewdaeng, & Namwong, 2009) ที่พบว่าพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาค้นครั้งนี้ยังพบอีกว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้ (Mean = 2.54, SD = 0.76) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.70 ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายในชมรมจะสนุกสนาน เพราะมีเพื่อนสมาชิกหลายคน แต่การออกกำลังกายในบ้านของผู้สูงอายุกระทำเพียงคนเดียวทำให้ไม่มีแรงกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Kongla & Kongla, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 40 ที่ยังทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ สำหรับด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี (Mean = 3.05, SD = 0.74) ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดกาความเครียด

และด้านการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.93) ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ดี สามารถจัดการกับความเครียดได้ มีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เนื่องจากมีแรงส่งเสริมในการปฏิบัติ ซึ่งสถานภาพสมรสจะส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีของกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยเสริมแรงเพิ่มแรงจูงใจ และให้การสนับสนุนในการมีพฤติกรรมด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการบริโภคอาหารที่ดี (Wonglamthong, 1998)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .56, p < .05$) เนื่องจากผู้สูงอายุมุสลิม มีความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 98.98) ซึ่งความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นทักษะที่เพิ่มขีดความสามารถ ของบุคคล และครอบครัว มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีการควบคุมปัจจัยด้านส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะของบุคคล และครอบครัว ทำให้มีการเต็มเต็มการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) ซึ่งความรู้ทางด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน บุคคลจะต้องมีทักษะในการอ่านออก เขียน ฟังได้ เพื่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยทำให้เกิดทักษะที่มีความจำเป็นในการแสวงหาการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง จึงกล่าวได้ว่าความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมุสลิม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายพื้นที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมที่อยู่ในเขตเมืองให้ครอบคลุม
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลสนับสนุนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจลญาณ
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อนำมาสู่การกำหนดแนวทางการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย
4. ศึกษาปัจจัยอื่น ในผู้สูงอายุมุสลิมตอนกลาง ตอนปลาย และศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครบทุกพฤติกรรม โดยรวม และ/หรือ เลือกเฉพาะบางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มมุสลิม

References

- Abu, A. (2006). *Self-care behavior of the Muslim elderly at Tambon Kamiyar Amphoe Muang, Changwat Pattani*. Retrieved from http://k4ds.psu.ac.th/k4ds_search/pdf/projects/1537.pdf (in Thai)
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- Chesser, A. K., Keene W. N., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2(1), 1-13.



Department of Medical Sciences (2014). *Screening/Assessment manual for the elderly*.

Nonthaburi: Office of the Veterans Organization. (in Thai)

Ginggeaw, S., Prasertsri, N. (2016). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai)

Jitsopakul, N. (2015). Factors related to health promoting behaviors older persons in Bung San Village, Okarak District, Nakhon Nayok Province. *Journal Pratumthani University*, 6(3), 171-178. (in Thai)

Kadudom, P., Kaewdaeng, K., & Namwong, T. (2009). Health behavior of the elderly in the East. *Journal of Nursing Prapuklaw*, 18(1), 26-38. (in Thai)

Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117(4), 326-328.

Khongjarean, P. K., & Nakaphong, N. (2019). Health intelligence and health promoting behaviors and disease prevention of the elderly in Muang District, Phayao Province. *Journal of Social Academic*, 12(2), 239-247. (in Thai)

Kongla, M., & Kongla, J. (2015, June). *Promotion behaviors of the elderly in the Tambon Thani health promoting hospital Amphoe Sritha Udon Thani Ghangwat*. National Conference and Presentation of national research Creativity and Development to advance to the ASEAN community. Nakhon Ratchasima College, Nakhon Ratchasima Province.

National Statistical. (2015). *Population survey older adults in Thailand*. Retrieved from http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm (in Thai)

Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok Thailand. *Journal Health Research*, 30(5), 315-320. (in Thai)

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Pattani Govenor. (2015). *Population statistics in Pattani*. Retrieved from <http://pattanidopa.go.th/content/cate/2> (in Thai)

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.



- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poolkason, N. (2001). *The factors affecting health promoting behaviors among the elderly in Kamphaeng Phet Province* (Master's thesis). Mahidol University. (in Thai)
- Skulpunyawat, S., (2014). Health promotion behaviors of Muslim elders in case of Okarak District Nakhon Nayok Province. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 353-360. (in Thai)
- Treemongkuntip, S., & Sarakul, A. (2005). Nutrition cultural of Thai Muslims: Health perspectives. Retrieved from <http://www.repository.rmutt.ac.th/xmlui/handle/123456789/144> (in Thai)
- United Nations. (2015). *World population prospects the 2015 revision*. Retrieved from https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
- Vaivanjit, S., Makeng, M., & Chintara, N. (2015). *The effects of Muslim ways of life on health promotion activity*. Retrieved from http://padatabase.net/uploads/files/01/doc/486_NCPA2015_p126-145.pdf (in Thai)
- Wonglamthong, S., (1998). *Personal factor perceived benefits of health promoting behaviors and health promoting behaviors of the elderly* (Master's thesis). Chiang Mai University. (in Thai)
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary health education and health promotion unit* (HEP). Retrieved from http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf