



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย

ถาวร มาตัน* เสน่ห์ แสงเงิน*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 415 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 61.4 เพศหญิง อายุเฉลี่ย 70.22 ปี ร้อยละ 62.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 71.3 จบประถมศึกษา ร้อยละ 54.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 2,846.86 บาท ร้อยละ 67.2 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 74.2 มีสภาวะสุขภาพระดับไม่ดี ร้อยละ 29.9 มีการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 59.3 ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 47.2 ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการ

สร้างเสริมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 32.0 ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพระดับดี ร้อยละ 22.2 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับดี และพบว่า รายได้ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากบุคคลภายนอกครอบครัว และจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.181$ $p < 0.001$) ($r = 0.236$ $p < 0.001$) ($r = 0.231$ $p < 0.001$) และ ($r = 0.194$ $p < 0.001$) ตามลำดับ จากผลการวิจัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้านเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: สภาวะสุขภาพ, พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

บทนำ

การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีประชากรที่อายุยืนยาวประกอบกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว^{1, 2} โดยในปี ค.ศ. 1975 ประชากรทั่วโลกมีจำนวน 4,100 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 350 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.53 และในปี พ.ศ. 2002 มีจำนวนผู้สูงอายุ 629 ล้านคนหรือมีผู้สูงอายุ 1 คนต่อประชากร 10 คน³ ประมาณการณ์ในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 1.2 พันล้านคน และเพิ่มเป็น 2 พันล้านคนหรือมีผู้สูงอายุจำนวน 1 คนต่อประชากร 5 คน ในปี ค.ศ. 2050⁴ จำนวนผู้สูงอายุของทุกประเทศทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น⁵ ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยเข้าสู่สภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging)⁶

ในส่วนประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.80 ของประชากรทั้งประเทศปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.40 จากนั้นเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.70 ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มเป็นร้อยละ 10.80 ในปี พ.ศ. 2553⁷ และประมาณการณ์ว่า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.10 ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มเป็นร้อยละ 21.10 ในปี พ.ศ. 2573 และเพิ่มเป็นร้อยละ 26.00 ในปี พ.ศ. 2583 ของประชากรทั้งประเทศ⁸

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากกลุ่มอายุอื่น ๆ เป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายจิตใจ

และสังคมทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ⁴ และพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง⁹ ผู้สูงอายุไทยประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการคือ ปัญหาสุขภาพและปัญหาเศรษฐกิจโดยปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจน ทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน¹⁰

ผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.00) ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 28.90 ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 21.50 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และร้อยละ 2.80 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ มีเพียงร้อยละ 3.80 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก⁷

จังหวัดสุโขทัยมีอัตราการประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมากเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตาก อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย โดยในปี พ.ศ. 2558 จังหวัดสุโขทัย มีผู้สูงอายุจำนวน 74,440 คน จากการสำรวจและจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการทำกิจวัตรประจำวันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยพบว่า กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองและช่วยเหลือคนอื่นได้ ร้อยละ 89.14 กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช่วยคนอื่นไม่ได้ ร้อยละ 9.46 และกลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 1.40¹¹ และพบว่า ร้อยละ 49.80 มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.18 มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.02 มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.02 ได้รับผลกระทบทางสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับ รองลงมาคือ ร้อยละ 86.51 มีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย ไม่สามารถทำงานได้ ร้อยละ 84.19 ได้ยินไม่ชัด ต้องพูดเสียงดัง ๆ ร้อยละ 60.00 ได้รับ

อันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเสมอ ร้อยละ 53.02 ไม่สามารถแสวงหาความรู้ที่จะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 51.16 ไม่สามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้สะอาดอยู่เสมอ ร้อยละ 48.37 เมื่อรู้สึกไม่สบายใจจะอยู่คนเดียว ไม่หาเพื่อนพูดคุย ร้อยละ 33.02 รับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย¹²

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลใส่ใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงรักษาสุขภาพที่ดี เพื่อชะลอการเสื่อมของร่างกายและป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นการศึกษาเพื่อสำรวจสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จะทำให้ทราบถึงสถานะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ตลอดจนการได้รับบริการสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนงานโครงการทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่จำเป็นและตอบสนองตรงความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ อัตราการเจ็บป่วยลดลง รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุโขทัย จำนวน 74,440 คน ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักเกณฑ์ของเครซี และมอร์แกน¹³ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 380 ตัวอย่าง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน จำนวน 415 ตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นแรกสุ่มพื้นที่อำเภอใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลาก (Simple Random Sampling) สุ่มเลือกจำนวน 5 อำเภอ ชั้นที่สองสุ่มตำบลโดยสุ่มเลือกอำเภอละ 3 ตำบล ชั้นที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์ จากนั้นสุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย

เป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์ประกอบ ด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของ รายได้ โรคประจำตัว การรับประทานยารักษาโรค ประจำตัว ความสามารถในการมองเห็นการเดิน ปัญหา สุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีระดับ การวัดเป็นช่วง (Interval Scale) แบ่งระดับการวัด เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1) เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 คะแนน 2) เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 2 คะแนน 3) เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน แบ่งระดับ สภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (24-30 คะแนน) ระดับ ปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (10-17 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริม สุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1) เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 คะแนน 2) เห็นด้วย กับข้อความนั้นปานกลาง 2 คะแนน 3) เห็นด้วยกับ ข้อความนั้นน้อย 1 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน แบ่งระดับสภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 (24-30 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนน ระหว่างร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (10-17 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริม สุขภาพ จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น

1) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใน ครอบครัวหรือญาติ จำนวน 4 ข้อ

2) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลภายนอก ครอบครัว จำนวน 4 ข้อ

3) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากร ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

มีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale) แบ่ง ระดับการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1) เห็นด้วยกับ ข้อความนั้นมาก 3 คะแนน 2) เห็นด้วยกับข้อความนั้น ปานกลาง 2 คะแนน 3) เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 4-12 คะแนน แบ่งระดับสภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (10-12 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (7-9 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (4-6 คะแนน)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale) แบ่งระดับการวัดเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1) เห็นด้วยกับ ข้อความนั้นมาก 3 คะแนน 2) เห็นด้วยกับข้อความนั้น ปานกลาง 2 คะแนน 3) เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 คะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน แบ่งระดับสภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือระดับ สูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (24-30 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (10-17 คะแนน)

แบบสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุดรธานีจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตามเอกสารรับรองเลขที่ IRB 9/2558 โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งว่า การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว และให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์คนละประมาณ 20 นาที

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 61.4 ร้อยละ 38.6 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 70.22 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 99 ปี ร้อยละ 62.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 3.1 สถานภาพโสด ร้อยละ 71.3 จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 15.4 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 37.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุเท่ากับ

2,846.86 บาท ร้อยละ 55.9 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 74.9 มีรายได้จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 25.1 มีรายได้จากการประกอบอาชีพของตนเอง

ร้อยละ 67.2 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 29.2 มีการมองเห็นไม่ปกติ ร้อยละ 27.2 มีปัญหาการเดิน ร้อยละ 37.3 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ระดับสภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.2 มีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 22.4 มีสภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีสภาวะสุขภาพในระดับดี

การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.8 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.9 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 11.3 มีระดับการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว หรือญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 37.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอก ครอบครัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.2 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 44.1 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 8.7 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายนอก

ครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.6 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.0 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 24.3 มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากร

ด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี

ด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.6 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.2 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 22.2 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี

Table 1 Number and Percentage in Health Status, Health Promoting Benefit, Social Supported by Family Members, Social Supported by Non Family Member, Social Supported by Health Care Provider, and Health Promoting Behaviors (n = 415).

Variables	N	%
Health status		
Good (24-30)	14	3.4
Fair (19-23)	93	22.4
Poor (10-18)	308	74.2
Health promoting benefit		
Good (24-30)	124	29.9
Fair (19-23)	244	58.8
Poor (10-18)	47	11.3
Social supported by family member		
Good (10-12)	246	59.3
Fair (8-10)	155	37.3
Poor (4-7)	14	3.4
Social supported by non family member		
Good (10-12)	183	44.1
Fair (8-10)	196	47.2
Poor (4-7)	36	8.7
Social supported by health care provider		
Good (10-12)	133	32.0
Fair (8-10)	181	43.6
Poor (4-7)	101	24.3
Health promoting behavior		
Good (24-30)	92	22.2
Fair (19-23)	210	50.6
Poor (10-18)	113	27.2



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.181, p < 0.001$) สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.160, p = 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.236, p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.231, p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.194, p < 0.001$) ส่วนอายุและการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.096, p = 0.050$) ($r = 0.027, p = 0.589$) ตามลำดับ

Table 2 Correlation of Age, Monthly Income, Health Status, Health Promoting Benefit, Health Promoting Supported by Family Members, Health Promoting Supported by Non Family Members, Health Promoting Supported by Health Care Provider, and Health Promoting Behaviors (n = 415).

Factors	Health Promoting Behaviors	
	R	p
Age	-0.096	0.050
Monthly income	0.181	<0.001
Health status	-0.160	0.001
Health promoting benefit	0.027	0.589
Social supported by family members	0.236	<0.001
Social supported by non family members	0.231	<0.001
Social supported by health care provider	0.194	<0.001

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.2 มีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 22.4

มีสภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้นที่มีสภาวะสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากกระบวนการสูงอายุ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรดา อรรถเมธากุลและวรรณ ศรีวิสัย¹⁴ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จีราพร ทองดี และคณะ¹⁵ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.1

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.6 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง และร้อยละ 22 มีระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพดีทั้งทางบุคคลใกล้ชิด และระบบสุขภาพน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิธดา อรรถเมธากุลและวรรณิ ศิริวิสัย¹⁴ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.5 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสำนักส่งเสริมสุขภาพ¹⁶ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.181$, $p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากจากผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีรายได้ประจำ จะไม่กังวลกับการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเอง ทำให้มีเวลาสำหรับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์กมล อิสลาม¹⁷ ที่พบว่า รายได้ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่แตกต่างกับการศึกษาของสุจิตรา ปัญญาและคณะ¹⁸ ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ

สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -0.160$, $p = 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เป็นผู้สูงอายุ

ที่อายุมาก ความสนใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐสิณี สุขมัย ชวัญใจ และคณะ¹⁹ ซึ่งพบว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ สมคิด ตันติไวยไทยพันธุ์ และสมนา ตันติไวยไทยพันธุ์²⁰ พบว่า สภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.103$, $p = 0.131$)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.236$, $p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากจากผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีกำลังใจ มีเครื่องมือ อุปกรณ์พร้อมสำหรับกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.231$, $p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากจากผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะมีความมั่นใจ และปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.194$, $p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากจากผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล แพทย์ พยาบาล จะตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สามารถ ใจเตี้ย และดรรารัตน์ จำเริญ²¹ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ ($r = 0.642$)



และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลรัตน์ ชื่นบาน²² ซึ่งพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแล สุขภาพจากบุคคลภายนอกครอบครัว การได้รับแรง สนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัย ตามลำพังในพื้นที่เขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.135$, $p = 0.049$), ($r = 0.348$, $p < 0.001$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการวิจัย พบว่า สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพในระดับไม่ดีและระดับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพสต.) ควรร่วมมือกับองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน จัดกิจกรรม เตรียมความพร้อมให้กับประชาชนก่อนวัยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพอย่างทั่วถึง

2. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยการสนับสนุน ทางสังคมทั้งจากบุคคลในครอบครัว จากบุคคลภายนอก ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ควรเพิ่มจำนวน และพัฒนาศักยภาพปัจจัย การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว เพื่อทำหน้าที่เป็น จิตอาสา ให้การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใน ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรม

การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายกลุ่ม เช่น กลุ่มติดบ้านติดเตียง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุจำแนกตามรายกลุ่ม

2. ควรศึกษาและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่มี สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับต่ำให้กลับเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

3. ควรศึกษาและพัฒนาศักยภาพบุคคลที่เป็น แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุคคลภายนอกครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพเพื่อ ทำหน้าที่เป็นจิตอาสาดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยรามคำแหง ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณทุกท่าน ที่มีได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Geriatric Medicine. Annual report 2008. Bangkok: Institute of Geriatric Medicine. 2008.
2. Somsak C. Situation of the Thai elderly 2008. Bangkok: TQP. 2009.
3. World Health Organization. Active ageing a policy framework. Geneva, 2002.
4. World Health Organization. Integrating poverty and gender into health programmes: A sourcebook for health professionals: module on ageing. Geneva, 2006.

5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Aging society. Available at <http://tgri.thainhf.org/index.php?module=news&page2=detail&id=160>, accessed July 5, 2015.
6. College of Population Studies. Aging society in Thailand. Available at http://www.cps.chula.ac.th/html__th/pop__base/ageing/ageing__096.htm, accessed April 12, 2016.
7. National Statistical Office. Aging population in Thailand 2007. Bangkok: National statistical office. 2007.
8. Department of Health. Health promoting and preventing disease among the elderly under universal coverage project. Bangkok: Department of Health. 2007.
9. Westaway MS. The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50(2): 213-21.
10. Suthichai J, Naporn C, Sasipat Y. The concept of a national policy on the elderly. Available at http://www.thaitgri.org/images/storiesDocument/Old Research/research__budget__8.pdf, accessed July 5, 2015.
11. Sukhothai Provincial Public Health Office. Annual report 2015. Sukhothai: Sukhothai Provincial Public Health Office. 2015.
12. Sane S. A development of increased ability process in individual health promotion of lonely elderly. [Dr.ph. Dissertation in public health]. Phisanulok: Faculty of Public Health, Naresuan university, 2013.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement* 1970; 30(3): 607-10.
14. Virada A, Wannee S. The influences of aging health Tumbon Koobua, Ratchaburi. *Journal of Health Science Research* 2013; 7(2): 18-28.
15. Jeeraporn T, Darawan R, Chantana N. Health status and quality of life among the elderly; Muslim; the southern border provinces of Thailand. *Nursing journal of the Ministry of Public Health* 2012; 22(3): 87-99.
16. Thanayus T, Kanittha Ch. Development of optimal self-care behavior of seniors in a senior club, Bangtoey Sub-District, Sampran District, Nakhon Pathom province. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2015; 35(3): 57-72.
17. Bureau of Health Promotion. Health status of elderly in Thailand in 2013 under the health promotion program for the elderly and disabled. Nontaburi, Watcharin P.P, 2013.



18. Punya S, Siri S, Sujirarat D, Pitikultang S, Tantirangsee N. Prevalence and association between activities and cognitive impairment among the elderly. Journal of public health 2016; 46(1): 95-107.
19. Natsiri S, Kwangai A, Patcharaporn K, Wanpen K, Nittaya W. Factors related to health promoting behaviors among in formal aging workers in Bangkok. Journal of Public Health Nursing 2012; 26(3): 80-93.
20. Somkid T, Summana T. Effectiveness of a process to increase ability in self-care for the elderly living alone in rural areas, Sukhothai provinc. Journal of Health Science 2014; 23(4): 619-28.
21. Samart J, Dararat J. Health promoting behaviors for elderly in urban areas. Phetchabun Rajabhat journal 2012; 14(2): 107-12.
22. Pimonrat C. Effective of health promoting model for the elderly living alone in urban areas. Sukhothai: Sukhothai Provincial Public Health Office. 2013.

Factors Associated with Health Promoting Behavior among Elderly in Sukhothai Province, Thailand

Tavorn Maton* Sane Saengngoen*

ABSTRACT

This research comprised a descriptive study aimed to determine factors associated with health promoting behaviors among the elderly. A total of 415 participants were random sampled using multistage random sampling and a questionnaire was administered incorporating face-to-face interviews and analyzed using Pearson's product moment correlation coefficient. The result showed that subjects were mainly females (61.4%), had average age of 70.22 years old, were married (62.7%), obtained primary school level (71.3%), were farmers (54.9%), had average income of 2,846.86 baht monthly, considered inadequate (55.9%), diseases (76.2%), vision problems (29.2%), trouble walking (27.2%), oral health problems (37.3%), poor health status (74.2%), good health promoting benefits (29.9%), good social support from family members (59.3%), good social support by nonfamily members (47.2%), good social support by health care providers (32.0%) and good health promoting behaviors (22.2%). Additionally, age was

associated with negative health promoting behaviors at a low level of significance, .05 ($r = -0.096$ $p = 0.050$). Monthly income was associated with positive health promoting behaviors at a low level of significance, .05 ($r = 0.181$ $p < 0.001$), while health status was associated with negative health promoting behaviors at a low level of significance, .05 ($r = -0.160$ $p = 0.001$). Social support from family members was positively associated with health promoting behaviors at a low level of significance .05, ($r = 0.236$ $p < 0.001$), while social support from nonfamily members was positively associated with health promoting behaviors at a low level of significance, .05 ($r = 0.231$ $p < 0.001$). Lastly, social supported from health care provider was positively associated with health promoting behaviors at a low level of significance, .05 ($r = 0.194$ $p < 0.001$).

Keywords: health status, health promoting behavior, older