

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์^{*}, อมรรัตน์ รัตนศิริ¹, บังอรศรี จินดาวงศ์¹, ไพรินทร์ เนธิบุตร¹, ลำดวน วัชนะปาน², ชนกานต์ จันทะคุณ², ชลทิพย์ สุภาพินิจ²

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Health Promotion behaviors of Elderly Living in an Urban Community of Khon Kaen Province

Piyathida Kuhirunyaratn^{1*}, Amornrat Ratanasiri¹, Bangonsri Jindawong¹, Pairin Natiboot¹, Lamduan Watchanapan², Chanakarn Junthakhun², Cholapip Supapinij²

¹Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²Ban Pet Health Promotion Hospital Area, Ban Pet District, Muang Khon Kaen, Khon Kaen Province

หลักการและวัตถุประสงค์: พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี อายุยืนยาวและ คุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา สัดส่วนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชุมชนเมือง จังหวัด ขอนแก่น

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ประชากรศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 604 ราย และสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ด้วยความเชื่อมั่น = 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และ Odds ratio

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-79 ปี สถานภาพสมรสคู่ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 59.74 (95%CI 55.60-63.79) เมื่อพิจารณาตามมิติของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ด้านจิตวิญญาณมีคะแนนเฉลี่ยสูง ($x = 3.17$, $SD = 0.58$) ขณะที่มิติด้านการทำกิจกรรมออกกำลังกายและความรับผิดชอบสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยตามลำดับ ($x = 2.48$, $SD = 0.70$), ($x = 2.72$, $SD = 0.54$) ปัจจัยที่

Background and Objective: Health promotion behavior is an important factor improves long life and achieved the better quality of life in old age. This study aimed to determine the proportion of proper health promotion behavior and related factors among urban elderly in Khon Kaen province.

Methods: A descriptive study was conducted. The study population was elderly who 60 and over living in the responsible areas of Ban Ped health promotion hospital. Sample size calculation was based on simple random sampling required 604 samples. The study tool was questionnaire which divided into 2 parts: general information and Health Promotion Life Style with Alpha Cronbach 0.92. The statistics used were frequency percentage mean SD Chi-square 95%CI and Odds Ratio.

Results: Most of elderly were female and age 60-79 year old. This study found the proportion of proper health promotion behavior among the elderly was 59.74 % (95%CI 55.60-63.79). In term of health promotion dimension, the highest mean score was the spiritual health behaviors (mean 3.17 SD 0.58), the lowest mean score was physical activities and health responsibility, ($x = 2.48$, $SD = 0.70$, $x = 2.72$, $SD = 0.54$). Factors related proper health promotion behaviors were having a caregiver, home visit by health care professional, health promotion trained, received

*Corresponding Author: Piyathida Kuhirunyaratn, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Telephone: 0-4336-3588 Fax: 0-4320-2488

เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ได้แก่ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านสื่อกระจายข่าว โทรทัศน์ และวิทยุ

สรุป: พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 50 มีความเหมาะสม ควรพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมออกกำลังกายและความรับผิดชอบสุขภาพให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลร่วมกับกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การฝึกอบรมตลอดจนการให้สุขศึกษาผ่านทางสื่อต่างๆ ในชุมชน

ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(2): 153-60. • Srinagarind Med J 2018; 33(2): 153-60.

บทนำ

แนวโน้มของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติในปี พ.ศ.2557 ประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2577 นี้จะมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 19 ล้านคน หรือร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด¹ อันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้อายุคาดหมายเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ด้วยกระบวนการชรา (Aging Process) ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยได้มากขึ้น ทั้งโรคที่เกิดจากทางกายและใจ อันเนื่องมาจากความชรา^{2, 3} จากรายงานการสำรวจสุขภาพระบุว่า ผู้สูงอายุไทยมีความเจ็บป่วยด้วยโรค/ปัญหาสุขภาพด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 เป็นผู้พิการ ร้อยละ 6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 และผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 1 ขณะที่ มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์และไม่มีโรค/ปัญหาสุขภาพดังกล่าว⁴ ในด้านสุขภาพจิตยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากที่ต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การจากไปของคู่สมรส บัณฑิตด้านสุขภาพกาย บัณฑิตด้านเศรษฐกิจและการทำงาน ความรู้สึกที่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ๆ หรือผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว⁵ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ อายุ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ภาวะบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และเหตุการณ์สำคัญในชีวิต⁶

ทั้งนี้เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ค้นพบโรค (กาย/ใจ) ในระยะแรก รักษาถูกต้องทันเวลา มีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมให้ผู้สูงอายุสามารถ

health promotion education via community broadcasting tower, television and radio ($p < 0.05$).

Conclusion: Haft of the elderly having proper health promotion behaviors. Health promotion behaviors development program in term of physical activities and health responsibility among the elderly by co-operating with the family caregiver, health care professional home visit through health education by community media recommended.

Keywords: Elderly, health promoting behaviors

พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะมีโรคเรื้อรัง และสุดท้ายคือ ให้การดูแลและระมัดระวังเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี³ ดังนั้นจึงต้องมีการดำเนินการแบบบูรณาการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา รวมถึงการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม รวมถึงจะต้องมีการเตรียมการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

จากแนวคิดที่เน้นการรักษาพยาบาลและป้องกันโรคในอดีตไม่ทำให้ปัญหาสุขภาพลดลงได้ ดังนั้นการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงต้องจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ ซึ่งจะมีการทำงานเป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคล มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และระดับชุมชนมุ่งหมายต่อการสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศสังคมให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ⁴ จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ของกระทรวงสาธารณสุขทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทยปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การออกกำลังกาย⁴ นอกจากนี้ในประเทศไทยยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าถ้าผู้สูงอายุพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะทำให้ภาวะสุขภาพดีเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มิติด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ด้านกิจกรรมทางกายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ⁷

ในขณะที่การศึกษาในต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85 อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง ร้อยละ 15 เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะปัจจัยด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า มิติด้านกิจกรรมทางกายและด้านโภชนาการมีคะแนนในระดับต่ำ ควรศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและส่งเสริมการออกแบบโปรแกรมกิจกรรมจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง⁸ จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งไทยและต่างประเทศที่กล่าวมาพบ ปัญหาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเหมือนและแตกต่างกันในแต่ละบริบทของพื้นที่และสภาพภูมิประเทศ สำหรับในพื้นที่ตำบลบ้านเปิด จังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นพื้นที่ทำการศึกษาวัดวิจัยยังไม่เคยมีข้อมูลการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากความสำคัญของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาลักษณะพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชานเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะได้นำไปวางแผนพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ⁹

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประชากรศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย จากทะเบียนรายชื่อประชากรในระบบ JHCIS ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปิด จังหวัดขอนแก่น ศึกษาในหมู่บ้านดั้งเดิมของตำบลบ้านเปิดคือ หมู่บ้านเปิดและหมู่บ้านพรสวรรค์ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1, 2, 3 และ 18 ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 724 ราย¹⁰

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม WinPepi version 11.63 ค่าความเชื่อมั่นในการสรุปผล Confident level (5%) = 95 Assumed proportion ความชุกของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม (proper healthy lifestyle) คิดเป็นร้อยละ 15¹¹ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ Acceptable 0.015 Allow for loss of ร้อยละ 10 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ จำนวน 604 ราย จากนั้น คำนวณกลุ่มตัวอย่างแยกตามหมู่บ้าน 4 หมู่บ้านตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ

แล้วสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จนได้รายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันประยุกต์จาก Health promotion life style II^{11, 12} จำนวน 52 ข้อ วัดใน 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) โภชนาการ (Nutrition) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) มีค่า Alpha-Cronbach coefficient คิดเป็น 0.92¹² โดยมีระดับการวัดพฤติกรรมออกเป็น 5 ระดับคือ 1 ไม่เคย 2 บางครั้ง 3 ปานกลาง 4 บ่อยครั้ง 5 เป็นประจำ และทำการแบ่งระดับของพฤติกรรมออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพคือ ไม่เหมาะสม (inappropriate healthy lifestyle) คะแนน (42-98) ปานกลาง (intermediate healthy lifestyle) คะแนน 99-155 และเหมาะสม (proper healthy lifestyle) คะแนน (156-211)⁸

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรม จำนวนทั้งสิ้น 12 ราย แบบสอบถามจำนวน 724 ชุด ได้รับกลับคืน 549 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 75.83 บันทึกข้อมูล และจัดทำฐานข้อมูลด้วย Microsoft และทำการ data double entry วิเคราะห์สถิติ โดยใช้ SPSS ภายใต้อิทธิพลของมหาวิทยาลัยขอนแก่น สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ (Chi-square) ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 Odds ratio และการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE591125

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 57.0 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 57.8 อยู่บ้านไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.3 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 4-6 ราย ร้อยละ 51.2 และมีผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 94.7 ในด้านของสุขภาพและการได้รับข้อมูลทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีโรคประจำตัวหรือมีโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 30.6 ผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 62.9 เคยเข้ารับการอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 56.8 ได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพผ่านทางหอกระจายข่าว โทรทัศน์ วิทยุ ร้อยละ 73.6, 66.3 และ 44.1 ตามลำดับ เป็นต้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	218 (40.0)
หญิง	327 (60.0)
อายุ (ปี)	
60-69	313 (57.0)
70-79	162 (29.5)
80 ปีขึ้นไป	74 (13.5)
สถานภาพสมรส	
โสด	28 (5.1)
คู่	317 (57.8)
หม้าย	196 (35.8)
หย่า, แยก	7 (1.3)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	4 (0.8)
ประถมศึกษา	484 (91.8)
มัธยมศึกษา	24 (4.6)
อุดมศึกษา	15 (2.8)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/อยู่บ้าน	239 (44.3)
ทำนา	177 (32.8)
รับจ้าง	66 (12.2)
ค้าขาย	26 (4.8)
ทำสวน	1 (0.2)
ข้าราชการเกษียณ	22 (4.1)
อื่นๆ ระบุ	8 (2.0)
จำนวนสมาชิกในครอบครัวปัจจุบัน (ราย)	
1-3	157 (28.6)
4-6	281 (51.2)
มากกว่า 7 ขึ้นไป	111 (20.2)
ผู้ที่ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน	
ไม่มี	29 (5.3)
มี	515 (94.7)
การมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง	
มี	156 (30.6)
ไม่มี	354 (69.4)
การได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา)	
เคย	335 (62.9)
ไม่เคย	198 (37.1)
การอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา)	
เคย	304 (56.8)
ไม่เคย	231 (43.2)
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) ผ่านสื่อกระจายข่าว	
เคย	404 (73.6)
ไม่เคย	145 (26.4)
การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) ผ่านสื่อวิทยุ	
เคย	242 (44.1)
ไม่เคย	307 (55.9)
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) ผ่านสื่อโทรทัศน์	
เคย	364 (66.3)
ไม่เคย	185 (33.7)

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 59.74 รองลงมาคือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง และไม่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 39.34 และ 0.92 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ระดับของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	95%CI
ไม่เหมาะสม (inappropriate healthy lifestyle) 42-98 คะแนน	5 (0.92)	0.35, 2.00
ปานกลาง (intermediate healthy lifestyle) 99-155 คะแนน	216 (39.34)	35.32, 43.48
เหมาะสม (proper healthy lifestyle) 156-211 คะแนน	328 (59.74)	55.60, 63.79
รวม	549 (100.00)	

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามมิติของการส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อพิจารณาตามมิติของการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดคือ ด้านจิตวิญญาณ ($x = 3.17, SD = 0.58$) รองลงมาคือ มิติด้านการพัฒนาด้านโภชนาการ ($x = 3.11, SD = 0.41$) ในขณะที่มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มิติในด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($x = 2.48, SD = 0.70$) และรองลงมาที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยคือ มิติความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($x = 2.72, SD = 0.54$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของมิติ และรายละเอียดพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

มิติและรายละเอียดของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ยโดยรวม (SD.)
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)	
ปรึกษาแพทย์, อ่านคู่มือการที่ไว้รับความรู้การดูแลสุขภาพ, ไปตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติ	2.72 (0.54)
โภชนาการ (Nutrition)	
การรับประทานอาหารถูกส่วนตามหลักโภชนาการ และรับประทานอาหารครบทุกมื้อ	3.11 (0.41)
การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity)	
ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอตามเวลา และความหนัก (Intensity) เพียงพอ	2.48 (0.70)
การจัดการกับความเครียด (Stress Management)	
จัดการความเครียดได้ ยอมรับความเปลี่ยนแปลง นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ จัดเวลาพักผ่อนได้สมเหตุสมผล	3.01 (0.50)
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)	
มีกิจกรรมสังคม มีเพื่อนรับรู้ความต้องการของตนเอง จัดการแก้ปัญหา และประนีประนอมช่วยเหลือผู้อื่น	3.07 (0.53)
การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)	
มีเป้าหมายชีวิต พึ่งพอใจในชีวิต มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ	3.17 (0.58)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล (61.4%; 95%CI = 1.38-6.62) การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (65.1%; 95%CI = 1.28-2.61) การอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ (65.1%; 95%CI = 1.2-2.41) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน

การส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อหออกระจายข่าว (66.8%; 95%CI = 2.04-4.47) โทรทัศน์ (65.4%; 95%CI = 1.39-2.86) และวิทยุ (67.4%; 95%CI = 1.25-2.52) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัย	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ		p-value	Odds ratio	95%CI
	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลางและไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	138 (63.3)	80 (36.7)	0.225	1.24	0.88, 1.77
หญิง	190 (58.1)	137 (41.9)			
อายุ					
60-69 ปี	196 (62.6)	117 (37.4)	0.114	1.32	0.94, 21.86
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป	132 (55.9)	104 (44.1)			
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	283 (58.0)	205 (42.0)	0.101	0.49	0.27, 0.89
สูงกว่าประถมศึกษาขึ้นไป	45 (73.8)	16 (26.2)			
การทำงาน					
ไม่ได้ทำงาน	122 (51.0)	117 (49.0)	0.154	0.53	0.37, 0.74
ทำงาน	206 (66.5)	104 (33.5)			
จำนวนสมาชิกในบ้าน (ราย)					
1-3	92 (58.6)	65 (41.4)	0.729	0.94	0.64, 1.36
มากกว่า 3 ขึ้นไป	236 (60.2)	156 (39.8)			
ผู้ดูแล					
มี	316 (61.4)	199 (38.6)	0.004*	3.02	1.38, 6.62
ไม่มี	10 (34.5)	19 (65.5)			
การมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง					
มี	98 (62.8)	58 (37.2)	0.223	1.27	0.86, 1.87
ไม่มี	202 (57.1)	152 (42.9)			
การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
เคย	218 (65.1)	117 (34.9)	0.001*	1.83	1.28, 2.61
ไม่เคย	100 (50.5)	98 (49.5)			
การอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา)					
เคย	198 (65.1)	106 (34.9)	0.003*	1.70	1.20, 2.41
ไม่เคย	121 (52.4)	110 (47.6)			
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) ผ่านสื่อหออกระจายข่าว					
เคย	270 (66.8)	134 (33.2)	<0.001*	3.02	2.04, 4.47
ไม่เคย	58 (40.0)	87 (60.0)			
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) ผ่านสื่อวิทยุ					
เคย	163 (67.4)	79 (32.6)	<0.001*	1.78	1.25, 2.52
ไม่เคย	165 (53.7)	142 (46.3)			
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา) ผ่านสื่อโทรทัศน์					
เคย	238 (65.4)	126 (34.6)	<0.001*	1.99	1.39, 2.86
ไม่เคย	90 (48.6)	95 (51.4)			

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 59.74 (ตารางที่ 2) มีระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวิศรุต จันทรงสิ่วรกุล⁷ และเนตรดาว จิตโสภากุล¹³ พบว่าพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจมีประเด็นที่แตกต่างกันอันเนื่องมาจากความแตกต่างในพื้นที่ ภูมิภาค บริบทการใช้ชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มิติด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ กล่าวถึงการพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความเชื่อในสิ่งยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิตทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี เช่น ความเชื่อในหลักศาสนา และการปฏิบัติทางศาสนกิจ เพื่อพัฒนาด้านจิตใจยกระดับจิตใจให้สูงขึ้นจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตสามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จได้^{14,15} และจากการศึกษาของ ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยที่พบว่า ความสุขและสงบทางใจตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยเป็นการรับรู้สุขและทุกข์ของตนที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับผู้อื่น อันเป็นผลมาจากความเชื่อและหลักความจริงทางพุทธศาสนา อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธและพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นชุมชนขนาดใหญ่มีวัดจำนวน 2 วัด คือ วัดที่ตั้งอยู่ในหมู่บ้านอันเป็นจุดศูนย์รวมของชุมชน และวัดป่าผู้สูงอายุนิยมไปปฏิบัติธรรมที่วัดและมีบทบาทในการส่งเสริมกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา เช่น การอุปถัมภ์พระสงฆ์ ถวายอาหารตักบาตร และเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญทางศาสนาจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาทางจิตวิญญาณก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตและความสงบสุขของตนเอง

ในขณะที่พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับคะแนนต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาของวิศรุต จันทรงสิ่วรกุล⁷ และ Harooni และคณะ⁸ ที่พบว่าด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ สำหรับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพซึ่งเป็นมิติที่กล่าวถึงความสนใจแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และการตรวจสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการเข้ารับการตรวจร่างกายเป็นประจำ พบว่ามีระดับคะแนนค่อนข้างต่ำ

เมื่ออธิบายในฐานคิดของบุคคลตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งกล่าวว่าเป็นความเชื่อของบุคคล มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วยและปกติ ในระดับที่ไม่เท่ากัน ซึ่งบุคคลหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน¹⁷ อย่างไรก็ตามเนื่องจากผลของกระบวนการชรา¹⁸ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการความสามารถต่อการปรับตัวรวมถึงมีความสามารถในการรับมือต่อสุขภาพของตนเองลดลงต้องพัฒนาผู้ดูแล บุตรหลาน และผู้อื่นจึงมีผลต่อคะแนนในมิตินี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรดาว จิตโสภากุล¹³ ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Harooni และคณะ⁸ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลาน จะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

อีกทั้งผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบของสื่อผ่านทางหอกระจายข่าว โทรทัศน์ และวิทยุ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านสื่อคือ หอกระจายข่าวมากที่สุด รองลงมาคือ โทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามลำดับ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของธนิภา พากเพียร¹⁹ พบว่า ผู้สูงอายุรับข่าวสารจากหอกระจายข่าวส่วนใหญ่ เนื่องจากมีเนื้อหาข่าวสารที่เข้าใจง่าย ตรงกับความสนใจมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง อีกทั้งการที่หอกระจายข่าวเป็นสื่อที่เข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนได้มากนั้น เนื่องจากเป็นสื่อในถูกถ่ายทอดในหมู่บ้านของตนเอง มีการจัดรายการเป็นภาษาท้องถิ่นจากเสียงของคนในชุมชน เช่น อสม. ผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและฟังได้เข้าใจง่าย

นอกจากนี้พบว่า สื่อโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพมากเป็นอันดับสอง สื่อโทรทัศน์นี้เป็นสื่อที่มีอยู่ในบ้านของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาทุกหลังคาเรือนและดูโทรทัศน์ทุกวัน จากการสำรวจของ

สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจ ปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มในการดู โทรทัศน์ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน กล่าวคือ ร้อยละ 62.9, 73.4, 81.3 และ 84.6 ในปี พ.ศ. 2532, 2537, 2546 และ 2551 ตามลำดับ สืบเนื่องมาจากความเสื่อมและการสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับบ้านมากขึ้นทำให้มีเวลาดูโทรทัศน์มากขึ้น ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าโทรทัศน์เป็นช่องทางที่ทำให้ได้ติดต่อกับโลกภายนอก ได้รับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงและความเป็นไปของสังคม ได้รับทราบข่าวสาร ความบันเทิง และทำให้ไม่รู้สึกว่าตัวเองถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง¹⁹

สรุป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม รองลงมาคือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง และไม่เหมาะสม ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามมิติของการส่งเสริมสุขภาพพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มากที่สุดคือ ด้านจิตวิญญาณ และคะแนนต่ำสุดคือ มิติในด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ผู้ดูแล การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านสื่อกระจายข่าว โทรทัศน์ และวิทยุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ควรให้ความสนใจผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้สูงอายุควรมีผู้ดูแล ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับการอบรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อกระจายข่าว วิทยุ และโทรทัศน์ รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เป็นประจำ เหมาะสมกับวัย และมีความหนักที่เพียงพอ รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ผ่านผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และสื่อต่างๆ ในชุมชน ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยและขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปิด อสม. รวมถึงผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความ

ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและร่วมโครงการวิจัยจนทำให้โครงการนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การสูงวัยของประชากรไทย พ.ศ. 2557 [ออนไลน์]. 2557 [อ้างเมื่อ 3 ตุลาคม 2560]. จาก: <http://bit.ly/2zFBGqy>
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2548.
3. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. แนวโน้มปัญหาผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
4. เอกชัย เพียรศรีวัชรา, วิมล บ้านพวน, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้อาณัติแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2556.
5. วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงศ์, สุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารประชากร 2555; 3: 87-109.
6. Liang G, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, สมเดช พิณสุนทร, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดขอนแก่น : การศึกษาเชิงพรรณนา ณ สถานบริการปฐมภูมิ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54: 357-66.
7. วริศา จันทรงสิริกุล. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2553; 4: 12-20.
8. Harooni J, Hassanzadeh A, Mostafavi F. Influencing factors on health promoting behavior among the elderly living in the community. J Educ Health Promot 2014; 3: 40.
9. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2553.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปิด. รายงานประจำปี 2559. ขอนแก่น: โรงพยาบาล; 2559.
11. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II] (Adult version) [Internet]. 1995 [cited 2017 Nov 03]. Available at: <http://bit.ly/2ijbTB9>
12. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II [abstract]. In: Proceedings of the 1996 Scientific Session of The American Nurses Association's Council of Nurse Researchers. Washington, DC: American Nurses Association; 1996. p. 110.

13. เนตรดาว จิตโสภากุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2557; 6: 171-8.
14. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011.
15. Pender NJ, Barkauskas VH, Hayman L, Rice VH, Anderson ET. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nurs Outlook 1992; 40: 106-12; 120.
16. ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร, พิมสุภาว์ จันทนะไธตย์, ขวัญใจ อำนาจ สัตยเชื้อ, รัชณี สรรเสริญ. สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2555; 26: 69-79.
17. Katatsky ME. The health belief model as a conceptual framework for explaining contraceptive compliance. Health Educ Monogr 1977; 5: 232-43.
18. Viña J, Borrás C, Miquel J. Theories of ageing. IUBMB Life 2007; 59: 249-54.
19. ธนิกา พากเพียร. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานของหอกระจายข่าวสาร. รอบรู้เทคโนโลยี 2556; มี.ค.: 1-8.

