

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

เสนห์ แสงเงิน* ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน* ถาวร มาตัน* ศิริไธษฐ์ วนรัตน์วิจิตร*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง กลุ่มตัวอย่าง 258 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม - 30 พฤศจิกายน 2554 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานะสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 56.6) มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองในระดับดี (ร้อยละ 78.3) และพบว่าอาชีพรายได้ โรคประจำตัว การมองเห็น สถานะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากบุคคลภายนอกครอบครัว จากบุคลากรด้านสุขภาพ และการจัดสิ่งแวดล้อม

เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ สถานะสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว จากบุคลากรด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 35.8 ผลการศึกษาเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ จัดระบบสนับสนุนและสร้างการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพตนเองในระดับที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุ, อยู่ตามลำพัง

บทนำ

ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล วัยสูงอายุเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาเสื่อมถอย ทำให้วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นภาระต่อระบบการบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต และจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมซึ่งตามมาคือผู้สูงอายุมีผู้เลี้ยงดูหรือได้รับการดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง¹ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ร้อยละ 8 ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง และอายุมากกว่า 70 ปี การอยู่เป็นโสดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่คนเดียว² ไม่มีลูกหลานหรือ คู่สมรสเสียชีวิตไปก่อน รวมถึงลูกหลานมีการกิจในต่างถิ่น³ สัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 3.60 ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.30 และปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.70⁴ และพบว่าผู้สูงอายุช่วงอายุ 75-79 ปี อาศัยอยู่ตามลำพังมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10.60 และพบว่าภาคเหนือเป็นภาคที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.60 รองลงมาคือภาคกลาง(ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 7.60⁵

ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ถูกกำหนดโดยองค์การอนามัยโลกว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง โดยมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าสองชนิด⁶ และขาดการได้รับการตรวจ ค้นหาคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ⁷ การมีชีวิตในวัยนี้ปลายมักจะขาดศักยภาพในการดูแลตนเองในการลดความเสี่ยงทางสุขภาพ⁸ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางกายภาพ และทางจิต⁹ ในทวีปเอเชีย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมโดยการขาดสมาชิก

ในครอบครัวที่คอยให้การดูแล การแยกตัวจากสมาชิกครอบครัว ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมาก¹⁰ สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนของการอยู่คนเดียวสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น คิดเป็นร้อยละ 10.10 ร้อยละ 9.60 และร้อยละ 6.20 ตามลำดับ และพบว่าร้อยละ 43.30 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีปัญหาจากการอยู่อาศัยตามลำพัง โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือรู้สึกเหงา รองลงมาคือไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย และต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง มีปัญหาทางการเงิน⁴ และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการตายและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ¹¹ จากปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่จะต้องดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังสมควรได้รับการดูแลใส่ใจเป็นพิเศษ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงรักษาสุขภาพที่ดีเพื่อชะลอการเสื่อมถอยของร่างกาย และป้องกันการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการวางแผนการจัดการกับชีวิตในอนาคตของตน ส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ผู้วิจัยในฐานะของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพได้ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญของผู้สูงอายุ และประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง จึงได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยหวังว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Descriptive Prediction) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังผู้สูงอายุในเขตจังหวัด สุโขทัย จำนวน 5,742 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่อาศัยเพียงคนเดียวเนื่องจาก เป็นหม้าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแล รวมถึงการอยู่อาศัยเพียงลำพัง แต่มีการปลูกบ้าน อยู่อาศัยในบริเวณบ้านญาติหรือผู้อื่น สามารถสื่อสาร ภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ และอาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยระหว่างการศึกษา

ส่วนการกำหนดขนาดของกลุ่มใช้หลักเกณฑ์ของ Kerlinger and Pedhazur¹² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 240 ตัวอย่าง และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่ม ตัวอย่างหรือการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้ ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 258 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยขั้นแรกสุ่ม อำเภอใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากได้ 4 อำเภอ คืออำเภอ เมืองสุโขทัย กงไกรลาศ ศิริมาศ และศรีสำโรง ขั้นที่สองสุ่มตำบล โดยสุ่มอำเภอละ 3 ตำบลด้วยการ จับสลาก และขั้นตอนที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัยตามลำพังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และ สัมภาษณ์เข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์ จากนั้นสุ่มเลือก

ผู้สูงอายุเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์ โดยการสุ่มแบบ เป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จาก วิธีการดังกล่าวทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 258 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบ สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย เป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน 1 ตุลาคม - 30 พฤศจิกายน 2554 แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความ เพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเคลื่อนไหว ร่างกาย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาวะสุขภาพเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ การวัดเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน แบ่งระดับ สภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (36-45 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (27-35 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (15-26 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของการ สร้างเสริมสุขภาพเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 29 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ ระหว่าง 0-29 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ ของการสร้างเสริมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (23-29 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79 (17-22 คะแนน) และระดับต่ำ



คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-16 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ทั้ง 3 ด้านเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ช่วงคะแนนแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 4-12 คะแนน แบ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสร้างเสริมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (10-12 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (7-9 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (4-6 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน แบ่งระดับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (24-30 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-17 คะแนน)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 42 ข้อ เป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (3 คะแนน) เป็นบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 42-126 คะแนน แบ่งระดับการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังออกเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (101-126 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (76-100 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (42-75 คะแนน)

แบบสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเขตจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์สภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 0.73 0.94 0.89 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ HE 54-Ep2b-0033 โดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งแจ้งว่าการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว และให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการ



สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยนักวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์คนละประมาณ 30 นาที

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และ กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติ เชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ สหสัมพันธ์ เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ร้อยละ 67.8 ของกลุ่ม ตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.5) รองลงมาอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 39.5) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.1 ปี สถานภาพหม้ายมากที่สุด (ร้อยละ 59.7) รองลงมา สถานภาพโสด (ร้อยละ 23.3) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.0) รองลงมา ไม่ได้เรียน (ร้อยละ 4.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 53.5) รองลงมาอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 25.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนรวมเบี่ยยังชีพผู้สูงอายุ เท่ากับ 1,768.60 บาท มีสถานภาพทางการเงิน พอกินพอใช้/มีเหลือเก็บมากที่สุด (ร้อยละ 84.9) แหล่งที่มาของรายได้ มาจากตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 45.0) รองลงมารายได้จากภาครัฐ (ร้อยละ 29.5) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.0) มีปัญหาด้านการ

มองเห็นไม่ชัดเจน (ร้อยละ 27.9) มีปัญหาด้านความ สามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ดี ไม่คล่องแคล่ว (ร้อยละ 29.5) ตี๋มสุรา (ร้อยละ 7.4) และสูบบุหรี่ (ร้อยละ 13.6)

ระดับสภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ การสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และระดับการสร้างเสริม สุขภาพตนเอง พบว่า ระดับสภาวะสุขภาพอยู่ใน ระดับดี (ร้อยละ 56.6) รองลงมาระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.2) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการสร้าง เสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 84.9) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 15.1) ระดับการสนับสนุน จากบุคคลในครอบครัวหรือญาติในการสร้างเสริม สุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.6) ระดับ สูง (ร้อยละ 46.9) ระดับการสนับสนุนจากบุคคล ภายนอกครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.1) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 37.6) ระดับการสนับสนุนจากบุคลากรด้าน สุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.8) รองลงมาอยู่ระดับสูง (ร้อยละ 33.7) ระดับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 39.6) รองลงมาอยู่ระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 36.0) และระดับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 78.3) ระดับต่ำ (ร้อยละ 21.7) (ตารางที่ 1)



Table 1 Number and Percentage in Health Status Level, Perceive Benefit of Health Promoting, Health Promoting Supported by Family Members, Health Promoting Supported by Outside Person, Health Promoting Supported by Health Personal, Create Supportive Environment for Health Promoting and Individual Health Promoting Behaviors (n=258).

Variables	n	%
Health status		
Good (36-45)	146	56.6
Fair (27-35)	109	42.2
Poor (15-26)	3	1.2
Perceive benefit of health promoting		
Good (23-29)	219	84.9
Fair (17-22)	39	15.1
Poor (0-16)	0	0
Health promoting supported by family members		
Good (10-12)	128	49.6
Fair (7-9)	121	46.9
Poor (4-6)	9	3.5
Health promoting supported by outside person		
Good (10-12)	97	37.6
Fair (7-9)	155	60.1
Poor (4-6)	6	2.3
Health promoting supported by health personal		
Good (10-12)	87	33.7
Fair (7-9)	162	62.8
Poor (4-6)	9	3.5
Create supportive environment for health promoting		
Good (24-30)	102	39.5
Fair (18-23)	93	36.0
Poor (0-17)	63	24.4
Individual health promoting behaviors		
Good (101-126)	202	78.3
Fair (76-100)	0	0
Poor (42-75)	56	21.7



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัยตามลำพัง ผลการศึกษาพบว่า อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว และความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง (ตารางที่ 2)

Table 2 Relationship between Demographic Data and Individual Health Promoting Behaviors.

Demographic Data		n	Level of Individual Health		χ^2	p
			Promoting Behaviors			
			Poor	Good		
			Number (%)	Number (%)		
Gender						
Male	83	14 (16.9)	69 (83.1)	1.685	0.258	
Female	175	42 (24.0)	133 (76.0)			
Age						
60-69 years	120	23 (19.2)	97 (80.8)	3.394	0.183	
70-79 years	102	21 (20.6)	81 (79.4)			
> 80 years	36	12 (33.3)	24 (66.7)			
Marital Status						
Single	60	8 (13.3)	52 (86.7)	5.536	0.063	
Widow	154	41 (26.6)	113 (73.4)			
Divorce/separation	44	7 (15.9)	37 (84.1)			
Education						
Uneducated	12	5 (41.7)	7 (58.3)	3.329	0.189	
Primary	227	46 (20.3)	181 (79.7)			
Higher than Primary	19	5 (26.3)	14 (73.7)			
Career						
Unemployment	138	32 (23.2)	106 (76.8)	11.733	0.019	
Employment	34	2 (5.9)	32 (94.1)			
Merchant	9	4 (44.4)	5 (55.6)			
Government pension	11	5 (45.4)	6 (54.6)			
Agriculture	66	13 (19.7)	53 (80.3)			



Table 2 Relationship Between Demographic Data and Individual Health Promoting Behaviors (cont.).

Demographic data	n	Level of individual health promoting behaviors		χ^2	p
		Poor	Good		
		Number (%)	Number (%)		
Income					
< 1,000 baht/month	107	37 (34.6)	70 (65.4)	21.985	<0.001
1,001-2,000 baht/month	102	8 (7.8)	94 (92.2)	0.419	0.530
> 2,001 baht/month	49	11 (22.4)	38 (77.6)	1.503	0.472
Adequacy of income					
Not Enough	39	10 (25.6)	29 (74.4)	7.173	0.010
Enough	219	46 (21.1)	173 (78.9)	9.957	0.002
Source of income					
Of their own	116	24 (20.7)	92 (79.3)	1.348	0.251
Of the family	66	12 (18.2)	54 (81.8)		
From other sources	76	20 (26.3)	56 (73.7)		
Disease identification					
No disease	116	34 (29.3)	82 (70.7)		
Have the disease	142	22 (15.5)	120 (84.5)		
Eyes visible					
Good	186	31 (16.7)	155 (83.3)		
Poor	72	25 (34.7)	47 (65.3)		
Physical active					
Good	182	36 (19.8)	146 (80.2)		
Poor	76	20 (26.3)	56 (73.7)		



เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติ จากบุคคลภายนอกครอบครัว และจากบุคลากรด้านสุขภาพในการ

สร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.392$, $p < 0.001$), ($r = 0.123$, $p = 0.048$), ($r = 0.153$, $p = 0.014$), ($r = 0.340$, $p < 0.001$), ($r = 0.368$, $p < 0.001$), ($r = 0.430$, $p < 0.001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

Table 3 Correlation of Health Status, Perceive Benefit of Health Promoting, Health Promoting Supported by Family Members, Health Promoting Supported by Outside Person, Health Promoting Supported by Health Personal, Create Supportive Environment for Health Promoting and Individual Health Promoting Behaviors (n=258).

Factors	Individual Health Promoting Behaviors	
	r	p
Health status	0.392	<0.001
Perceive benefit of health promoting	0.123	0.048
Health promoting supported by family members	0.153	0.014
Health promoting supported by outside person	0.340	<0.001
Health promoting supported by health personal	0.368	<0.001
Create supportive environment for health promoting	0.430	<0.001

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังโดยการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริม

สุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยตัวแปรการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังได้ดีที่สุด และตัวแปรทั้งหมดร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังได้ร้อยละ 35.8 (ตารางที่ 4)

**Table 4** Regression of Individual Health Promoting Behaviors (n=258).

Variables	B	SE	Beta	t	p
Create supportive environment for health promoting	0.73	0.11	0.34	6.14	<0.001
Health status	0.87	0.14	0.31	5.97	<0.001
Health promoting supported by outside person	1.11	0.40	0.16	2.79	0.006
Health promoting supported by health personal	0.99	0.37	0.15	2.69	0.008
Perceive benefit of health promoting	-0.46	0.22	-0.11	-2.10	0.037
Adjusted R ² = 0.358 S _e = 6.650 F = 29.714 p < 0.001					

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ระดับภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.6 มีระดับสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้นถึงวัยกลางรวมถึงการอยู่อาศัยตามลำพังมีความจำเป็นต้องดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีเพื่อลดการเจ็บป่วย และเพื่อการพึ่งพาตนเองให้ยาวนานที่สุดจึงทำให้มีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ปรากฏวงษ์¹³ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพดี มีการดูแลสุขภาพให้สะอาดอยู่เสมอ และออกกำลังกายเป็นประจำ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ ขวพพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณะ ปกรณ์¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังต้องดูแล

ตนเองเพราะเชื่อว่าทำให้ตนสามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย และดำเนินชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพกายดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Kharicha K, และคณะ⁸ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมีสุขภาพที่ไม่ดี มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแตกต่างกับการศึกษาของ Sofia Awear¹⁶ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังมีปัญหาคล้ายกันคือปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามลำพัง พบว่า อาชีพ ระดับรายได้ โรคประจำตัว และความสามารถในการมองเห็น มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาชีพเป็นแหล่งที่มาของรายได้ ซึ่งถ้ามีรายได้ที่เพียงพอกับการดำรงชีวิตจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจ่ายเพื่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิรมล อินทฤทธิ์¹⁷ ที่พบว่ารายได้ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ



สอดคล้องกับของสุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ ชาวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณะปกรณ¹⁴ ที่พบว่าการจัดการด้านเศรษฐกิจการใช้จ่ายแต่พอควร เป็นการจัดการด้านการเงินของผู้สูงอายุให้เพียงพอ กับค่าครองชีพเนื่องจากมีรายได้ไม่แน่นอน ส่วนการ มีโรคประจำตัวอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัย ตามลำพังให้ความสนใจตนเอง ปฏิบัติตนที่เหมาะสม เพื่อลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน ของการมีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahijevych B.¹⁸ ที่พบว่า ประวัติการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของชนานิษฐ์ อุประ และคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาร้อยละ 70.4 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

78 เบบาวาน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง โดยการ วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปร ที่ทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ได้แก่ การจัด ล้างแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัวในการ สร้างเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากบุคลากร ด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้ ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพโดยตัวแปร ทั้งหมดสามารถรวมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพังได้

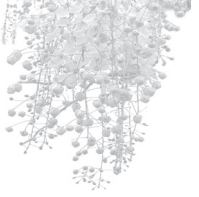
ร้อยละ 38.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปีนเรศ กาดอุดม คณิศร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์²⁰ ซึ่งพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุได้แก่การได้รับการสนับสนุน เกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริม สุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัชย์ อยู่สาโก²¹ ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้าน สุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมกรออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ รูปสิงห์²² ที่พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุมากที่สุด

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ทำนาย พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัยตามลำพังได้ดีที่สุดคือ การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ รองลงมาได้แก่ สภาวะ สุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้าง เสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการสร้าง เสริมสุขภาพตามลำดับ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ จัดระบบสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว จาก บุคลากรด้านสุขภาพ และสร้างการรับรู้ประโยชน์ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัย ตามลำพังมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ในระดับที่ดียิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ทีคิวพี จำกัด, 2552.
2. มาตี กาญจนกิจสกุล. ผลของการเปลี่ยนผ่านทางประชากรที่มีต่อแบบแผนการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย. [คู่มือนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม. เพื่อผู้สูงวัยสายใยรักครอบครัว ชุมชน. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550.
5. บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551.
6. World Health Organisation. Prevention of mental disorders in the elderly. Copenhagen: WHO, 1977.
7. Resnick B. Health promoting practices of older adults: Model testing. Public health nurs 2003; 20(1): 2-12.
8. Kharicha K, Iliffe S, Harar D, Swif CT, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an “at-risk” group?. British journal of general practice 2007; 57(537): 271-6.
9. Hicks TJ. What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. J Gerontol Nurs 2000; 26(8): 15-9.
10. Lim L, Kua E. Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. Current gerontology and geriatrics research. Available at <http://dx.doi.org/10.1155/2011/673181>, accessed December 31, 2011.
11. Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y. Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. Geriatr Gerontol Int 2005; 5(3): 152-8.
12. Kerlinger F N, Pedhazur E J. Multiple regression in behavioral research. New York: Holt, Rinchart and Winston, 1973.
13. วาสนา ปรากฏวงษ์. ปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.
14. สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์, ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณะปกรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลสาร 2551; 35(4): 46-56.
15. สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ และ



อาภาพร เฝ้าวัฒนา. วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
หญิงที่เลี้ยงหลานในเขตชนบทภาคเหนือ
ของประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์
2554; 41(1): 29-38.

ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนา
การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง
กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุข
ศาสตร์ 2554; ฉบับพิเศษ: 76-86

16. Sofia Awear. Elderly people living alone:
finding from Kanchanaburi project.
[M.A.Thesis in Population and Social
Research]. Nakhonpathom: Faculty of
graduate studies Mahidol University,
2003.

20. ปิ่นนเรศ กาดอุดม, คณิศร แก้วแดง, ธีสมน
นามวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตภาคตะวันออก. จันทบุรี: วิทยาลัย
พยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี; 2550.

17. นิรมล อินทฤทธิ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ จังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2547.

21. สุรัชย์ อยู่สาโก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง
ท่าเรือพระแท่น อำเภอดำรงวิทยะกา จังหวัด
กาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษา-
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา].
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศิลปากร; 2550.

18. Ahijevych B. Health promotion behavior
African American woman. Nurs Res
1994; 43(2): 86-9.

22. ทวีศักดิ์ รูปสิงห์. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม
เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับทีม
สุขภาพ [ดุชนิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎี
บัณฑิต สาขาการพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษย์].
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2550.

19. ชนาณิษฐ์ อุประ, พัทธมน์ ลักษณะจักรกุล, พิศิษฐ์
วัฒนสมบุรณ์, ดุสิต สุจิรารัตน์. สภาวะ
สุขภาพและการปฏิบัติด้านสุขอนามัย



Factors Predicting Individual Health Promoting Behaviors in Older People Living Alone

Sane Saengngern* Narongsak Noosorn* Tavorn Maton* Civilaz Wanaratwichit*

ABSTRACT

This research was a descriptive prediction aimed to study factors predicting individual health promoting behaviors in older people living alone. Two hundred fiftyeight people were selected to participate and were determined by using multistage random sampling. Data was collected from October 1 to November 30, 2011. Interviews/questionnaires were used as tools for data collection and then analyzed by percentage, mean, standard deviation, chi-square, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis. The results showed that the sample groups had good health status (56.6%) and good individual health promoting behaviors (78.3%). The correlation analysis showed that career, income, disease identification, eye visibility, health status, perceived benefits of health promoting, health promoting support by family members, health promoting support by outside persons and health promoting support by

health personnel created a supportive environment for health promoting significantly associated with individual health promoting behaviors at 0.05. Results from stepwise multiple regression analysis revealed that the establishment of a supportive environment for health promoting, health status, health promoting support by outside persons, health promoting support by health personnel and perceived benefit of health promotion significantly explained individual health promoting behaviors by 35.8%. The research results suggest that emphasis should be placed on creating supportive environments for health promoting, support systems by outside persons, health personnel and awareness of health promotion to provide older people living alonewith the means to take of their general health and wellbeing.

Key words: individual health promoting behaviors, older people, living alone

J Public Health 2012; 42(2): 68-81

Correspondence: Sane Saengngern, Faculty of public health, Naresuan University, Phitsanuloke 65000, Thailand. E-mail: sukhothai2513@yahoo.com

* Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanuloke.