

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม
ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
บุญสิตา เอี่ยมละออ^{1,2,*} ส.ม., พัฒนาวดี พัฒนภาบุตร³ Ph.D.

Received: February 4, 2025

Revised: March 14, 2025

Accepted: April 9, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 256 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.6) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ($\beta = 0.363$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.237$, $p\text{-value} < 0.001$) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย ($\beta = 0.211$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ ($\beta = 0.182$, $p\text{-value} < 0.001$) และอายุ ($\beta = -0.184$, $p\text{-value} < 0.001$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ ร้อยละ 42.2 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ควรมีการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง การส่งเสริมนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และการจัดสรรพื้นที่สำหรับกิจกรรมที่สามารถเข้าถึงได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

¹ นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

² นักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกตุศาสตร์ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดกำแพงเพชร

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

* ผู้รับผิดชอบบทความ: boonsitai64@nu.ac.th

Factors influencing health promotion behaviors among socially active older adults Chong Lom Sub-District, Lan Krabue District, Kamphaeng Phet Province

Boonsita Iamlaor^{1, 2, *} M.P.H., Pattanawadee Pattanathaburt³ Ph.D.

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to assess the level of health promotion behaviors and identify factors influencing health promotion behaviors among socially active older adults in Chong Lom Sub-District, Lan Krabue District, Kamphaeng Phet Province. The study sample comprised 256 socially active older adults aged 60 years and above, selected using systematic random sampling. Data was collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that the majority of socially active older adults had a moderate level of health promotion behaviors (83.6%). Stepwise multiple regression analysis showed that social network support ($\beta = 0.363$, $p\text{-value} < 0.001$), knowledge of health promotion behaviors ($\beta = 0.237$, $p\text{-value} < 0.001$), health promoting environment and policy ($\beta = 0.211$, $p\text{-value} < 0.001$), perceived benefits of practice ($\beta = 0.182$, $p\text{-value} < 0.001$), and age ($\beta = -0.184$, $p\text{-value} < 0.001$) significantly influenced health promotion behaviors. These factors together accounted for 42.2% of the variance in health promotion behaviors among socially active older adults. The findings of this study highlight the importance of designing activities that focus on enhancing health literacy alongside motivating appropriate health behavior appropriately. Strengthening social support networks, promoting health-oriented public policies, and providing accessible and inclusive spaces for health-related activities are also essential. These factors play a crucial role in fostering sustainable health-promoting behaviors among older adults.

Keywords: Elderly, Socially active elderly, Health promotion behavior

¹ Student in Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

² Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Keskasorn Sub-District Health Promoting Hospital, Kamphaeng Phet Provincial Administrative Organization

³ Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

* Corresponding author: boonsitai64@nu.ac.th

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นระดับโลก ปัจจุบันแทบทุกประเทศในโลกกำลังได้รับผลกระทบกับการเติบโตของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2565 โลกของเรามีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน มี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1.1 พันล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 14.2 และสหประชาชาติ คาดการณ์ว่า ภายใน พ.ศ. 2593 ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จะมีประมาณ 2 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรโลก และประชากรโลกยังคงมีแนวโน้มของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรรวม 66.5 ล้านคน โดยประชากรสูงอายุของประเทศไทย ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปอย่างมากในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็น 13.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เมื่อ พ.ศ. 2548 และใช้เวลาประมาณ 20 ปี จึงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567 (Department of Older Persons, 2022) ผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ทั้งประเด็นงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม และการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสังคมที่จะต้องรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุเพราะร่างกายของผู้สูงอายุเกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย มีประสิทธิภาพลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเข้าสู่สังคมสูงอายุ รัฐบาลไทยได้กำหนดเรื่องผู้สูงอายุให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอยู่ในลำดับสำคัญและได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง และขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุเพื่อกำหนดประเด็นเร่งด่วน การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม อย่างสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว ตามเป้าหมายหลัก

(GOAL) ที่มีแนวทางให้ “ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” (Department of Older Persons, 2019)

กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ โดยแบ่งกลุ่มการดูแลสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้ดัชนีบาร์ธเอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีการแบ่งกลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มติดเตียง คือ มีภาวะพึ่งพิงมาก ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน 2) กลุ่มติดบ้าน คือ มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดสังคม คือ เป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (Department of Health, 2020) โดยภาวะทุพพลภาพและความจำกัดในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในผู้สูงอายุมีสาเหตุเนื่องมาจากความเสื่อมของอวัยวะหรือการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ทำให้การทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกล้ามเนื้อ ฯลฯ มีประสิทธิภาพลดลง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ผลการสำรวจด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.5 ถึง 20.2 มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสุขของภาวะที่ต้องพึ่งพิงในกิจวัตรพื้นฐาน พบร้อยละ 20.7 และความสุขจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพที่ตามมาเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเกิดโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว โดยจำแนกเป็นโรคทางกายและจิต โรคทางกายที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น โดยโรคเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเริ่มเป็น

ปัญหาในวัยกลางคนต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุซึ่งมักเป็นหลายโรคพร้อมๆ กัน ทำให้มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาและควบคุมภาวะแทรกซ้อนต่อการอยู่ดีเป็นปกติของผู้สูงอายุ สำหรับสุขภาพจิตโรคที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นกัน (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, 2021) จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ เครือข่ายสังคม เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมผู้สูงอายุได้ (Taejarenwiryakul, et al, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen and Hsieh (2021) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xia et al., (2022) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถด้านสุขภาพและประสบการณ์กิจกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพในด้านต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุควรได้รับการแก้ไข หรือพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสม จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมของบุคคลให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นได้นั้น ผู้สูงอายุต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อ การรับรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม และนำไปสู่ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ขึ้น (Siripaiibo, et al., 2021) นอกจากนี้ ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ นั้นต้องอาศัยปัจจัยประกอบกันหลายด้านๆ มาสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดทฤษฎี PRECEDE MODEL ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จะเกิด ขึ้นได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ ต้องมาจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อไม่ให้มีสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น (Green & Kreuter, 1991)

ตำบลช่องลม ตั้งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร มีประชากรทั้งสิ้น ทั้งหมด 4,051 คน โดยประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป)

มีจำนวนทั้งหมด 829 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 (Health Data Center, 2022) จะเห็นได้ว่าตำบลช่องลม ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว จากการดำเนินงานแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long-Term Care: LTC) การคัดกรองประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าพื้นที่ตำบลช่องลม มีสัดส่วนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจากปี พ.ศ. 2563-2565 ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.5 1.3 และ 3.1 ตามลำดับ และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.5 0.6 และ 0.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีความพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มสัดส่วนกลุ่มพึ่งพิงยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต และจากการคัดกรองข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลช่องลมปี พ.ศ. 2565 พบว่า ผู้สูงอายุประสบปัญหาการดูแลสุขภาพของตนเองทำให้มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ระดับเสี่ยงสูง ร้อยละ 70.8 เบาหวาน ระดับเสี่ยงขึ้นไป ร้อยละ 0.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) (ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด) ระดับสูงมากถึงสูงอันตราย ร้อยละ 12.5 ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ระดับอันตรายขึ้นไป ร้อยละ 4.4 เป็นต้น (Health Data Center, 2022) จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของ Pender มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้ และศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม การดูแลสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมในทุกมิตินั้น แนวคิดของ Pender ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด (Pender, 1996) และผู้วิจัยสนใจศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เนื่องจากพื้นที่ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ เป็นพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว และเป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่

อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดเตียง) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษามาก่อน เพราะฉะนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม เป็นสิ่ง จำเป็นและเป็นปัจจัยสำคัญในการที่ทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพที่ดีในระยะยาวอย่างยั่งยืน เพราะผู้สูงอายุกลุ่ม ติดสังคมเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ การที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดีและถูกต้องเหมาะสมให้กลุ่มนี้ปฏิบัติพฤติกรรม ให้ถูกต้อง จะต้องมีการวางแผนการหรือกิจกรรมใดๆ ที่มีความเหมาะสม นำมาสู่การป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจาก พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ หรือสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่กลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน และผู้สูงอายุติดเตียงในอนาคต โดยผู้สูงอายุนั้นสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีและมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) การศึกษา นี้ได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข โครงการจริยธรรม IRB No. P2-0038/2566 COA No. 222/2023 รับรองเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำแนกตาม ความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) มีผลรวม คะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) สัญชาติไทย ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ใน

เขตเทศบาลตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัด กำแพงเพชร จำนวนทั้งสิ้น 799 คน (Health Data Center, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชากร กำหนดคำนวณ ขนาดตัวอย่าง จากสูตร Wayne (1995) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 232 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัว ออกจากการวิจัยระหว่างที่ศึกษา และการให้ข้อมูล ไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10.0 จึงได้ กลุ่มตัวอย่าง ทั้งสิ้น 256 คน

สูตร Wayne (1995)

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n หมายถึง จำนวนขนาดตัวอย่าง

N หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่อาศัย อยู่ในพื้นที่ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัด กำแพงเพชร จำนวนทั้งสิ้น 799 คน

Z หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด หรือระดับ นัยสำคัญทางสถิติ $0.05 = 1.96$

σ หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ใน ระดับปานกลาง (Mean = 3.38, S.D. = 0.46) จึงใช้ค่า 0.46 (Ponpomma & Yodprasert, 2019)

α หมายถึง ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง = 0.05

d หมายถึง สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิด ขึ้นได้ = 0.05

การสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ซึ่งเป็นสุ่มแบบ เท่าเทียมกัน จนได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 256 คน โดยการนำจำนวนประชากรผู้สูงอายุตำบลช่องลม จำนวน 8 หมู่บ้าน ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 799 คน คำนวณหา ช่วงของการสุ่มดังนี้

สูตร $K = N/n$ เมื่อกำหนดให้

K คือ ช่วงของการสุ่ม

N คือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม

n คือ ขนาดตัวอย่างที่ทำการศึกษา

เมื่อได้ช่วงของการสุ่มแล้ว นำรายชื่อประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร นำมาเรียงลำดับ ดังนี้

1) เรียงรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตามลำดับจากบ้านเลขที่ 1 หมู่ที่ 1 ถึงบ้านเลขที่สุดท้ายของหมู่ที่ 8 ตามลำดับ

2) ใส่หมายเลขจากหมายเลขที่ 1 ถึง หมายเลขที่ 799 ตามลำดับรายชื่อที่ได้เรียงแล้ว ข้างต้น

3) ทำการสุ่มเลือกกว่าจะเริ่มต้นจากหมายเลขใดจาก 1 ถึง 3 เป็นหมายเลขแรกเมื่อได้ หมายเลขเริ่มต้นแล้ว เริ่มสุ่มคนต่อไป โดยข้ามไปที่ละ 3 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างศึกษา (หากยังไม่ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างศึกษา ให้วนกลับมาอีกรอบเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างศึกษา เท่ากับ 256 คน)

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม (คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
หมู่ที่ 1 บ้านช่องลม	109	36
หมู่ที่ 2 บ้านเกศกาสร	141	47
หมู่ที่ 3 บ้านบึงกระดาน	43	14
หมู่ที่ 4 บ้านปรือพันไถ	115	38
หมู่ที่ 5 บ้านวังยาง	125	41
หมู่ที่ 6 บ้านเพชรสุวรรณ	95	31
หมู่ที่ 7 บ้านคลองเจริญ	116	38
หมู่ที่ 8 บ้านบึงพระนางทอง	55	11
รวม	799	256

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีสัญชาติไทย เป็นผู้สูงอายุที่คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีผลรวมคะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ในระบบ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และไม่จำกัดเพศ เกณฑ์การคัดออก คือ อาสาสมัคร ที่มีการบกพร่องทางการสื่อสาร เช่น เป็นใบ้ หูหนวก ตาบอด เป็นต้น เสียชีวิตระหว่างการศึกษามาก่อน ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และอาสาสมัครเกิดความเจ็บป่วยกะทันหัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัยประยุกต์ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามปลายเปิดและแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม การดำรงตำแหน่งในสังคม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน

ตอบผิดได้ 0 คะแนน และไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับชั้นคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1968) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 8-9 คะแนน และระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 10-12 คะแนน

ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ลักษณะคำถาม มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1977) จำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ส่วนที่ 2 ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ การแบ่งเกณฑ์ผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ระดับคะแนนเฉลี่ย 12-23 คะแนน คือ ระดับต่ำ ระดับคะแนนเฉลี่ย 24-35 คะแนน คือ ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 36-48 คะแนน คือ ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยอธิบายผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ระดับคะแนนเฉลี่ย 9-17 คะแนน คือ ระดับต่ำ ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-26 คะแนน คือ ระดับปานกลาง ระดับคะแนนเฉลี่ย 27-36 คะแนน คือ ระดับสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ จำนวน 9 ข้อ แปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับคะแนนเฉลี่ย 9-17 คะแนน คือ ระดับต่ำ ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-26 คะแนน คือ ระดับปานกลาง ระดับคะแนนเฉลี่ย 27-36 คะแนน คือ ระดับสูง

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ แปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ระดับคะแนนเฉลี่ย 12-23 คะแนน คือ ระดับต่ำ ระดับคะแนนเฉลี่ย 24-35 คะแนน คือ ระดับปานกลาง ระดับคะแนนเฉลี่ย 36-48 คะแนน คือ ระดับสูง

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 6 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายการส่งเสริม จำนวน 6 ข้อ แปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับคะแนนเฉลี่ย 6-11 คะแนน คือ การได้รับปัจจัยเอื้อ ระดับต่ำ ระดับคะแนนเฉลี่ย 12-17 คะแนน คือ การได้รับปัจจัยเอื้อ ระดับปานกลาง ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-24 คะแนน คือ การได้รับปัจจัยเอื้อ ระดับสูง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

ส่วนที่ 7 การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม จำนวน 9 ข้อ แปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับคะแนนเฉลี่ย 9-17 คะแนน คือ ปัจจัยเสริม ระดับต่ำ ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-26 คะแนน คือ ปัจจัยเสริม ระดับปานกลาง ระดับคะแนนเฉลี่ย 27-36 คะแนน คือ ปัจจัยเสริม ระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
โดยประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) ของ Pender (1996) ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวก การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย อธิบายผลรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) แปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ ระดับคะแนนเฉลี่ย 18-35 คะแนน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับต่ำ ระดับคะแนนเฉลี่ย 36-53 คะแนน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับปานกลาง และระดับคะแนนเฉลี่ย 54-72 คะแนน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามทสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (Index of Item-Objective

Congruence: IOC) เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ภาพรวมเท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้น นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในตำบลพื้นที่ตำบลหนองหลวง อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.84 เมื่อหาค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในส่วนที่ 1-7 ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.71-0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับ อนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และ ขอหนังสือขออนุญาต ดำเนินการทําวิจัยเก็บข้อมูลถึง นายกเทศมนตรีตำบลช่องลม และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ตำบลช่องลม อำเภอ ลานกระบือ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับ วิธีเก็บข้อมูล และขออนุญาตให้ความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัว เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันและเวลาที่ได้มีการกำหนดไว้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อน การเก็บข้อมูล ซึ่งสามารถปฏิเสธและยกเลิกการให้ข้อมูล ได้ตามความต้องการ และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ใช้สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และยอมรับ ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 53.1 โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 57.4 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 69.2 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.1 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 48.0 มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 600-12,950 บาท ร้อยละ 98.4 และรายได้รวมเฉลี่ย 2,321.33 บาท/เดือน การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.3 และพบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.2 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.7 และรองลงมา คือ เบาหวาน 17.2 ส่วนใหญ่ ไม่เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 64.8 และไม่มีการ ดำรงตำแหน่งในสังคม ร้อยละ 91.0

2. ข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การ ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.3

ทัศนคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.1

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 53.3 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.3

การรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.2 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.8

3. ข้อมูลปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเอื้อ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.4 รองลงมา คือ ได้รับระดับสูง ร้อยละ 10.9 และได้รับระดับต่ำ ร้อยละ 4.7 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีการได้รับปัจจัยเอื้อในระดับสูง และเป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านที่ทำให้ท่านสะดวกในการไปรับบริการ ส่วนรายข้อที่มีการได้รับปัจจัยเอื้อระดับต่ำ และเป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ในชุมชนของท่านมีสถานที่ออกกำลังกาย และในชุมชนของท่านมีสถานที่พักผ่อน เช่น สวนสาธารณะ

4. ข้อมูลปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเสริม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.9 รองลงมา คือ ได้รับระดับสูง ร้อยละ 39.1 เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บุคคลในครอบครัวดูแลช่วยเหลือในการจัดที่อยู่อาศัย ให้มีความสะดวกแก่ท่าน ส่วนรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เพื่อนของท่านชักชวนท่านออกกำลังกาย

5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.6 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 15.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.2 เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.7 ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.2 ด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.1 ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.1 และด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.6

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบว่า รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรม การดำรงตำแหน่ง

ในสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และอายุ จากนั้นนำตัวแปรอิสระ ที่มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มาเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) จำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีทั้งหมด 5 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม ($\beta = 0.363$, $p\text{-value} < 0.001$) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = 0.237$, $p\text{-value} < 0.001$) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย ($\beta = 0.211$, $p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ ($\beta = 0.182$, $p\text{-value} < 0.001$) และอายุ ($\beta = -0.184$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 42.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 2 โดยมีค่าคงที่ (a) เท่ากับ 19.299 จากการวิเคราะห์ถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณเพื่อการหาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ Y (พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม) = $19.299 + (0.707)$ (การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม) + (0.758) (ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ) + (0.469) (สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย) + (0.187) (การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ) + (-0.163) (อายุ)

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร (n = 256)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value
การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม	0.707	0.363	6.351	< 0.001*
สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย	0.469	0.211	3.712	< 0.001*
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.758	0.237	4.472	< 0.001*
อายุ	-0.163	-0.184	-3.058	< 0.001*
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ	0.187	0.182	3.405	< 0.001*

Constant (a) = 19.299, R square = 0.423, Adjusted R square = 0.411

F = 36.585, p-value < 0.001

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ Ponpumma & Yodprasert (2019) สอดคล้องกับ Chumpeeruang, et al (2019) สอดคล้องกับ Kitreerawutiwong & Mekrungrongwong (2016) และสอดคล้องกับ Changmai (2013) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายรายด้านได้ดังนี้ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นช่วงเริ่มต้นของการก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ส่งผลให้มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้ตนเองคงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพดี หรือลดสิ่งที่จะทำให้ตนเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และพบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับทำให้เกิดข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกาย

น้อยลงได้ ด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จึงหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็ม ขนมที่ทำด้วยแป้ง ขนมหวาน และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง ที่ไม่ส่งผลต่อโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่และเพื่อป้องกันโรคที่อาจเกิดแทรกซ้อนตามมาได้ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า พื้นที่ตำบลช่องลมเป็นพื้นที่ชนบท ประชาชนมีการอพยพมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านเป็นผู้ดูแลเลี้ยงลูกหลาน และพบอีกว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และรองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยผู้สูงอายุจะอยู่บ้านเลี้ยงลูกหลานเพราะฉะนั้นการมีสัมพันธภาพต่อกันจึงน้อย เพราะเวลาส่วนใหญ่จะเลี้ยงดูลูกหลานและทำงานหาเลี้ยงชีพ มากกว่าการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ พื้นที่ตำบลช่องลม เป็นพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมหลากหลาย มีเอกลักษณ์ที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เรียกว่า บุญกุ่มข้าวใหญ่ และเป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่น ทำให้เกิดความรักความสามัคคี นำมาสู่การเสริมสร้างการเจริญทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา ด้านการ

จัดการกับความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น และมีประสบการณ์ชีวิตมาหลายรูปแบบทำให้สามารถควบคุมจิตใจและอารมณ์ได้ และเนื่องด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมบางส่วนเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ และเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการพบปะ พูดคุย ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ส่งผลต่อการจัดการความเครียด และทำให้สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ในระดับหนึ่ง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบาย ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้ร้อยละ 42.2 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมนั้นมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors) สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model (Green & Kreuter, 1999) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลเป็นอิทธิพลร่วมกันของปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล (ลักษณะส่วนบุคคล) ที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายแต่ละปัจจัยได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล (ลักษณะส่วนบุคคล) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Pender (1996) กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ และสอดคล้องกับ Chen & Hsieh (2021) ที่พบว่า อายุ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นและเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงมีการเปลี่ยนแปลง ความแข็งแรงของร่างกาย

ลดลง และความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพลดลง แต่อายุก็ยังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกับสอดคล้องกับการศึกษาของ Taejarenwiryakul, et al., (2020) พบว่า ความรู้เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และเมื่อปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ($\beta = 0.182, p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับ Haera & Panyachai (2022) พบว่า การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Chen & Hsieh (2021) และ Oh (2021) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์การปฏิบัติส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีความเชื่อและความคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรม และจากศึกษาครั้งนี้ ความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่ผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมนั้น มีความรู้และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติระดับสูง แต่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีเท่าที่ควร และยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา และรองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ อาจทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยความจำมากกว่าความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ที่จะทำใหตนเองสามารถตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมเท่าที่ควร

ปัจจัยเอื้อ

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและ นโยบายสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ สอดคล้องกับ Green & Krueger (1999) ที่กล่าวว่า ปัจจัยเอื้อ คือ สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นที่เกื้อกูลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชนรวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ สอดคล้องกับ Chumpeeruang, et al. (2019) พบว่า นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ การมีและเข้าถึงทรัพยากรที่สนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ระดับการได้รับปัจจัยเอื้อของผู้สูงอายุ นั้น อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านสถานที่ออกกำลังกายและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่การได้รับอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นถึงว่าพื้นที่ของตำบลช่องลมยังมีพื้นที่ หรืออุปกรณ์ ยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอต่อความต้องการ หรือการเข้าถึงที่จะเอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม อธิบายได้ว่า สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและนโยบายเป็นสิ่งที่เอื้อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมนั้นเกิดพฤติกรรมหรือเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ ของตนเองออกมา เพราะฉะนั้นการมีและการเข้าถึงจะเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น

ปัจจัยเสริม

การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Pender (1996) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับ House, et al. (1988) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ การช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องจะทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นดีขึ้น สอดคล้องกับ Taejarenwiriyaikul, et al. (2020) พบว่า เครือข่ายสังคม เป็นปัจจัยที่นำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Sithikan, et al. (2017) พบว่า เครือข่าย

ทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุที่มีระดับเครือข่ายทางสังคมสูงและปานกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้มีระดับเครือข่ายทางสังคมต่ำ สอดคล้องกับ Oh (2021) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีสูงอายุ อธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสังคมทำให้เกิดการมีสัมพันธภาพทางสังคมร่วมกันมีบทบาทในการดูแล และให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน อบอุ่น ปลอดภัย มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนที่ดี ถูกต้อง และเหมาะสม เพราะฉะนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมุ่งเน้นความเข้าใจและความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงการพัฒนาแบบกิจกรรม/โครงการ/สื่อต่างๆ เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ และการสร้างแรงจูงใจถึงประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี ถูกต้องและเหมาะสม
2. ควรเพิ่มพื้นที่สาธารณะในชุมชน หรือพื้นที่ในการทำกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงวัย เพิ่มพื้นที่การเข้าถึงที่ความสะดวก รวมถึงนโยบาย และสิ่งของหรืออุปกรณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับเพียงพอ เข้าถึง และครอบคลุม
3. ควรส่งเสริมการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมในการพัฒนาบูรณาการ สร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมให้ครอบคลุมมากขึ้น หากพื้นที่ให้ความตระหนักและความสำคัญผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ จะก่อให้เกิด

แรงจูงใจในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่กลายเป็นป่วยติดบ้านติดเตียงในอนาคต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยมาพัฒนาให้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ในประเด็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก เนื่องจากผล การศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE MODEL ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จะเกิดขึ้นได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้ต้องมาจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ (ความรู้ การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ) ปัจจัยเอื้อ (สิ่งแวดล้อม และนโยบาย) และปัจจัยเสริม (การสนับสนุนเครือข่าย ทางสังคม) ที่มีผลต่อการเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ดี และนำมาถอดบทเรียนเพื่อพัฒนา เป็นระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถนำบทเรียน ที่ได้ไปพัฒนาและประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom, B. S. (1968). *Learning for mastery. Instruction and curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia*, Topical Papers and Reprints, Number 1.
- Chumpeeruang, S., WanJan, P., & Duongtatip, P. (2019). The study of factors related to health promoting Behaviors of the elderly Living in Muang Nakhonsawan Province. *Journal of Graduate Review Nakhon Sawan Buddhist College*, 7(3), 189-202. (in Thai)
- Changmai, N. (2013). *Factors related to health promotion of the elderly in Bangraknory Sub-District, Mueang District, Nonthaburi Province*. Thesis of Master of Sciene (Health Education), Kasetsart University, Bangkok. (in Thai)

- Department of Health: Ministry of Public Health. (2020). *Individual wellness plan for elderly* (2nd ed.). Office of Printing Business, War Veterans Organization. (in Thai)
- Department of Older Persons (DOP). (2019, September 8). *Measures to implement national agenda on age society* Retrieved September 8, 2022, from <https://www.dop.go.th/th/know/5/155>. (in Thai)
- Department of Older Persons (DOP). (2022, September 30) *Situation of the Thai older 2023 person*. Retrieved March 6, 2025, from https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf. (in Thai)
- Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. (2021, October 4). *Report of the 6th national health examination survey 2019-2020*. Retrieved October 4, 2021, from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425?show=full&locale-attribute=en> (in Thai)
- Green, L. & Krueter, M. (1999). *Health promotion planning an education approach*. (3ed.). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Green, L. & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning*. Mayfield Publishing Co., Mountain View, 2-20.
- Haera, S. & Panyachai, W. (2022). The relationship between self esteem, perceived benefits of health promoting behaviors, and health promoting behavior of older adults at Nachack Sub District, Muang Phrae District, Phrae Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 32(3), 80-93. (in Thai)
- Health Data Center. (2022, September 8). *Number of elderly in Chong Lom Sub-District* Retrieved September 8, 2022, From <https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-subcataloga-c4eed1bddb23d6130746d62d2538fd> (in Thai)

- Health Data Center. (2022, September 8). *Percentage of healthy ageing*. Retrieved September 8, 2022, From <https://hdc.moph.go.th/kpt/public/standard-report-detail/bbc-b40adb960e0564efba686c316c009> (in Thai)
- House. J. S., Umberson. D. & Landis. K. R (1988). Structures and processed of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318.
- Hsuan-Hui Chen & Pei-Lin Hsieh. (2021). Applying the Pender's health promotion model to identify the factors related to older adults' participation in community-based health promotion activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9985), 1-17.
- Jihyun Oh. (2021). Factors affecting health promoting behavior among older women in Korea: A structural equation model. *Health Promotion International*, 36(4), 924-932.
- Kitreerawutiwong, N. & Mekrungrongwong, S. (2016). Factor influencing health behavior among elderly living in the community. *The Public Health Journal of Burapha University*, 111(1), 63-74. (in Thai)
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. (3rd ed). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Ponpomma, L. & Yodprasert, T. (2019). Health promotion behavior among elderly person in Bansuan Sub-District, Chon Buri Province. *Journal of Health Science*, 28(2), 236-243.
- Siripaiibo, C., Duangchinda, A., Srimaksook, K., Kahanak, S. & Bunkhong, A. (2021). Health belief towards health promotion behaviors among Thai elderly in Mueang District, Samut Songkhram Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 14(2), 94-107. (in Thai)
- Sithikan, W., Moolphate, S. & Jaitae, S. (2017). Factors associated with health-promoting behaviors of the elderly in Ban Hong Sub-district Municipality, Ban Hong District, Lamphun, *Lampang Medical Journal* 38(2), 49-58. (in Thai)
- Taejarenwiriyaikul, O., Juisub, C., Harihararat, S., Bodkeaw, A. & Thummajitsakul, S. (2020). Factors affecting health promoting behaviors among the elderly residing in Phothen, Ongkharak District, Nakhon Nayok Province. *Nursing Public Health and Education Journal*, 21(1), 80-90. (in Thai)
- Wayne W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons, 177-178.
- Xie, X., Du, J., He, J., Liu, Y., & Li, Z. (2022). Perceived health competence and health education experience predict health promotion behaviors among rural older adults: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 22(1679), 1-8.