บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ศิริกาญจน์ นกผึ้ง[1, 2] ส.ม., วราภรณ์ ยังเอี่ยม[3, *] ปร.ด.

Received: January 12, 2026
Revised: March 9, 2026
Accepted: March 29, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ สุรา ฟัน) ของผู้สูงอายุและบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี จำนวน 292 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ เท่ากับ 0.92 0.95 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 ระดับดี ร้อยละ 35.6 (Mean = 58.6, S.D. = 5.44) ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 37.3 (Mean = 81.3, S.D. = 21.4) แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4 (Mean = 29.4, S.D. = 5.95) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง (Beta = 0.159, p-value = 0.007) สถานภาพสมรส (Beta = 0.145, p-value = 0.008) มีโรคประจำตัว (Beta = 0.175, p-value = 0.001) สุขภาพช่องปากที่ดี (Beta = 0.203, p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = 0.361, p-value < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.108, p-value = 0.043) โดยร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ได้ร้อยละ 22.4 ซึ่งนำไปออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ แรงสนับสนุนทางสังคม

[1] นิสิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[2] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ยะ จังหวัดตาก
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[*] ผู้รับผิดชอบบทความ: waraporn yo@nu.ac.th

Factors influencing to health behavior 3E–2S–1F among older adults in Ban Tak District, Tak Province

Sirikarn Nokphueng[1, 2] M.P.H., Waraporn Youngiam[3, *] Ph.D.

ABSTRACT

This study employed a cross-sectional research design to assess the 3E-2S-1F health behaviors (Eating, Exercise, Emotion, Smoking, Alcohol, and Dental Health) of older adults and factors influencing these health behaviors among older adults in Ban Tak District, Tak Province. The participants consisted of 292 older adults aged 60-69 years. Data were collected using questionnaires. The instrument quality had Cronbach's alpha reliability coefficients as follows: health literacy, social support, and 3E-2S-1F health behaviors were 0.92, 0.95, and 0.74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum and multiple linear regression analysis.

The results showed that 64.4% of the older adults had 3E-2S-1F health behaviors at a moderate level, while 35.6% were at a good level (Mean = 58.6, S.D. = 5.44). Health literacy was at a fair level for 37.3% of the participants (Mean = 81.3, S.D. = 21.4, and social support was at a moderate level for 53.4% (Mean = 29.4, S.D. = 5.95). Factors significantly influencing the 3E-2S-1F health behaviors at the 0.05 level included being female (Beta = 0.159, p-value = 0.007), marital status (Beta = 0.145, p-value = 0.008), having chronic diseases (Beta = 0.175, p-value = 0.001), good oral health (Beta = 0.203, p-value < 0.001), health literacy (Beta = 0.361, p-value < 0.001), and social support (Beta = 0.108, p-value = 0.043). These factors collectively predicted 22.4% of the variance in the 3E-2S-1F health behaviors. These findings were utilized to design health behavior promotion activities for older adults.

Keyword: Health literacy, Older adults, 3E-2S-1F health behaviors, Social support

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

[2] Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Maeya Sub-District Health Promotion Hospital, Tak Province

[3] Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

[*] Corresponding author: warapornyo@nu.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนประมาณ 1.4 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.0 ของประชากรโลกทั้งหมด (World Health Organization, 2023) สอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาคอาเซียน ปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประเทศในภูมิภาคอาเซียนมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนประมาณ 79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.7 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2023) โดยประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 13,450,391 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2585 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 18.9 ล้านคน การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งเกิดภาวะพึ่งพิง (Department of Older Persons, 2024)

จากรายงานการตรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม พบว่าผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป บริโภคโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ร้อยละ 86.8 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบผู้หญิงสูบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (เฉลี่ย 9.6 มวนต่อวัน) ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 27.9 โดยภาคเหนือมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 38.7 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 70.5 นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.9 โดยเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 2.8 และ 1.9 ตามลำดับ (Patanavanich, 2025) จากรายงานสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้มากกว่าวัยอื่น หากมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (World Health Organization, 2020) ดังเช่นผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26.2 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่าเพศชาย (National Statistical Office, 2024)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้แนะนำหลัก 3อ 2ส 1ฟ เป็นหลักการดูแลพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3อ ได้แก่ 1) อาหาร เน้นลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ 2) อารมณ์ดี รู้จักคลายเครียดและหางานอดิเรกทำ 3) ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 4-5 วัน ครั้งละ 30 นาที 2ส ได้แก่ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา และ 1ฟ คือ ฟันสะอาด สุขภาพฟันดี (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) เป็นข้อแนะนำสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม จากรายงานการตรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 พบความชุกของผู้สูงอายุมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 51.6 ทั้งเพศชายและหญิง (Patanavanich, 2025) สอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ยังไม่ได้รับการรักษา โดยพบภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 48.7 มีฟันผุเฉลี่ย 2 ซี่ต่อคน ร้อยละ 35.5 และโรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 18.7 หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ความเจ็บปวด การสูญเสียฟัน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Bureau of Dental Public Health, 2024) ซึ่งฟันเป็นส่วนของอวัยวะที่สำคัญต่อความอยู่ดีมีสุข ในแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติ (Public Health Administration Division, 2022) การที่ผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ได้อย่างถูกต้องและยั่งยืนนั้น จำเป็นต้องอาศัย "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" (Health literacy) เป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม เพื่อทำให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (World Health Organization,1998) และตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงทักษะการอ่านเขียน แต่เป็นคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) 2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) 3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self - management skill) 5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) 6. การตัดสินใจ (Decision skill) ซึ่งจากการศึกษาของ Panurat, Bhoosahas, Thutsaringkarnsakul, Krachangpho, Thurtham, & Natetipawan (2019) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และจากรายงานผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2562 ในกลุ่มประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 6,114 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 75.8 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (Roma, Tanasugarn, Tipayamongkholgul, Aimyong, Neelapaitjit, Kloyiam et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Singhasem, Krinara, & Tiparat (2019) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 51.7 สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีข้อจำกัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และอาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ (Tabsee, 2020; Chatpaho, Wechjakwen, Munthaisong, Namkrathok, & Reangjoho, 2021) สถานภาพสมรส (Malad, Wichaiyo, & Chaiteing, 2023) การมีโรคประจำตัว (Kitreerawutiwong & Mekrungruangwong, 2016) สุขภาพช่องปาก (Lipsky, Singh, Zakeri, & Hung, 2024) นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ (Thaithae, Thanaboonpuang, & Mahaprom, 2021; (Panurat et al., 2019; Singhasem et al., 2019) อีกทั้งปัจจัยทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และบุคคลในครอบครัว ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (Malad et al., 2023; Khamseekaew & Kanokthet, 2024)

อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในจังหวัด มีผู้สูงอายุจำนวน 8,695 คน (Health Data Center, 2024) คิดเป็นร้อยละ 28.7 ของประชากรทั้งหมด เป็นอำเภอที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง และจากรายงานการคัดกรอง 9 ด้าน ปี พ.ศ. 2567 การประเมินภาวะโภชนาการโดยค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 31.2 มี BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม ซึ่งถือว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Data Center, 2024) แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตากยังมีจำกัด เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวในผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

2. เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โครงการวิจัย COA No.156/2025, IRB No.P2-0027/2568 รับรองเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มติดสังคมในพื้นที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 4,830 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (Finite population mean) (Wayne, 1995) ดังนี้

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

เมื่อกำหนดให้

N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มติดสังคมในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 4,830 คน (Health Data Center, 2024)

n = ขนาดตัวอย่าง

σ^2 = ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ = 0.425) (Ponpumma & Yodprasert, 2019)

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95.0% ($Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = 1.96) ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Confidence coefficient) ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด (1- α = 95.0%), α = 0.05, $Z^2\frac{\alpha}{2}$ = 1.96

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรสมการ

$$n = \frac{4{,}830\ (0.425)^2\ (1.96)^2}{(0.05^2)\ (4{,}830-1)+(0.425)^2\ (1.96)^2}$$

N = 263

ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 263 คนและเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10.0 (Poogungploy & Phusee-orn, 2019) ดังนี้

$$n_{adjusted} = \frac{n}{(1-R)} = \frac{263}{(1-0.1)} = 292$$

$n_{adjusted}$ = จำนวนผู้สูงอายุหลังการปรับขนาด

n = จำนวนผู้สูงอายุจากการคำนวณขนาดตัวอย่างก่อนปรับขนาด (263)

R = ขนาดของอัตราที่สูญหาย (Response rate) = 10.0%

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 292 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยการเลือกตำบลเริ่มจากสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อเป็นตัวแทน ร้อยละ 50.0 ของอำเภอบ้านตาก โดยพื้นที่อำเภอบ้านตากมีทั้งหมด 7 ตำบล สุ่มได้จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลตากตก ตำบลแม่สลิด ตำบลเกาะตะเภา และตำบลท้องฟ้า

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุ แต่ละตำบลเทียบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (Silangirn, 2017) จากสูตร

จำนวนตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน =

$$\frac{\text{(จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปีในหมู่บ้าน)}}{\text{(จำนวนผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปีทั้งหมดในตัวอย่าง)}}$$

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในฐานข้อมูลของสถานบริการในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยเลือกบ้านโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ให้ได้เท่ากับจำนวนตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในหมู่บ้านนั้นๆ จำนวน 292 คน

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านที่คำนวณได้ ดังนี้

ตำบลตัวอย่าง	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
ตำบลตากตก	625	69
ตำบลเกาะตะเภา	680	75
ตำบลแม่สลิด	896	99
ตำบลท้องฟ้า	445	49
รวม	2,646	292

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เพศชายหรือหญิง อายุ 60-69 ปี 2) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL $\geq$ 12 คะแนน โดยผ่านการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และลงชื่อ/วันที่ที่ทำการคัดกรอง 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจคำถามได้ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีความพิการ 2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และ 3) ย้ายออก หรือไม่อยู่ในพื้นที่ระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา โดยใช้แบบสอบถามจากการประยุกต์ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ. 2561 (Health Education Division, 2018) ประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 62 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษา เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพ บทบาทในชุมชน และสุขภาพช่องปาก จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2561 (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2018) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การตัดสินใจ ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert,1932) จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง ทุกครั้ง คะแนนอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่าร้อยละ 60.0 (0-71 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 60.0-79.0 (72-95 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และตั้งแต่ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (96-120 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ประยุกต์จากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจากการศึกษาของ Tumthongkham (2017)

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert,1932) จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 8 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1997) ดังนี้ คะแนน 8-18 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย คะแนน 19-29 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนน 30-40 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อของประชาชนวัยสูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา (Health Education Division, 2018) โดยประยุกต์ตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ประเมินจากพฤติกรรมสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ 1. พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร 2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 3.พฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด 4.พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 5. พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ 6. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยคำถามเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert,1932) ได้แก่ ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติ คำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 ส่วนคำถามเชิงลบให้คะแนนจาก 1 ถึง 5 การแบ่งระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1997) ดังนี้ คะแนน 16-37 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ อยู่ในระดับน้อย คะแนน 28-59 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ อยู่ในระดับปานกลาง และตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ อยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน พิจารณาเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of item objective congruence: IOC) ผลการวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ กล่าวคือ มีดัชนีมากกว่า 0.50 ขึ้นไป (Kitreerawutiwong, 2018) จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งกระเชาะ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' coefficient alpha) (Cronbach, 1970) พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 0.95 และ 0.74 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติรับรองผลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย โดยนำหนังสือขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ภายหลังได้รับอนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิใดๆ จากนั้นผู้เข้าร่วมที่สมัครใจลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บข้อมูล ดำเนินการโดยให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีมีข้อจำกัดด้านการอ่านหรือเขียน ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามเดิม เพื่อลดอคติ และเก็บแบบสอบถามคืนทันทีเมื่อทำเสร็จ

ข้อมูลทั้งหมดถูกรักษาเป็นความลับและรายงานผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 30 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนี้

1.สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพ บทบาทในชุมชน สุขภาพช่องปาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2.สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple linear regression analysis) ด้วยวิธี Enter กำหนดตัวแปรตาม คือ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนตัวแปรต้นประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่มได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) โดยกำหนดค่า 1 = กลุ่มศึกษา และ 0 = กลุ่มอ้างอิง

ก่อนการวิเคราะห์ ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอย ได้แก่ ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม (พิจารณาจาก Scatter plot) ความแปรปรวนคงที่ของค่าคลาดเคลื่อน (Homoscedasticity) และความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.906 แสดงถึงการไม่มีอัตสหสัมพันธ์ของค่าคลาดเคลื่อน ทั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีดังนี้

1.ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 28.1 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.65 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.4 มีบทบาทในชุมชนเป็นประชากรในชุมชน ร้อยละ 53.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.3 และมีสุขภาพช่องปากดี ร้อยละ 80.1 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก (n = 292)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	28.1
หญิง	210	71.9
อายุ		
60-69 ปี	292	100.0
(Mean = 64.2, S.D. = 2.65, Min = 60.0, Max = 69.0)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	1.7
ประถมศึกษา	168	57.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	13.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	44	15.1
อนุปริญญา/ปวส.	11	3.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	24	8.2
สถานภาพสมรส		
โสด	44	15.1
สมรส	184	63.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	64	21.9
อาชีพ		
ว่างงาน	65	22.3
เกษตรกรรม	112	38.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	6.5
รับจ้าง	59	20.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37	12.6
บทบาทในชุมชน		
อสม.	123	42.1
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน/กรรมการหมู่บ้าน	11	3.8
ปราชญ์ชุมชน	2	0.7
ประชาชนในชุมชน	156	53.4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	124	42.5
มี	168	57.5
สุขภาพช่องปาก		
สุขภาพช่องปากไม่ดี	58	19.9
สุขภาพช่องปากดี	234	80.1

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 34.6 และระดับดีมาก ร้อยละ 28.1 ตามลำดับ (Mean = 81.3, S.D. = 21.4) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.4 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 41.8 และระดับน้อย ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ (Mean = 29.4, S.D. = 5.95) และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ระดับดี ร้อยละ 35.6 (Mean = 58.6, S.D. = 5.44) ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก (n = 292)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
ระดับไม่ดี (0-71 คะแนน)	101	34.6
ระดับพอใช้ (72-95 คะแนน)	109	37.3
ระดับดีมาก (96-120 คะแนน)	82	28.1
(Mean = 81.3, S.D. = 21.4, Min = 15, Max = 120)		
แรงสนับสนุนทางสังคม		
การสนับสนุนทางสังคมมาก (30-40 คะแนน)	122	41.8
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (19-29 คะแนน)	156	53.4
การสนับสนุนทางสังคมน้อย (8-18 คะแนน)	14	4.8
(Mean = 29.4, S.D. = 5.95, Min = 17.0, Max = 40.0)		
พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ		
ระดับดี (60 คะแนนขึ้นไป)	104	35.6
ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 38-59 คะแนน)	188	64.4
(Mean = 58.6, S.D. = 5.44, Min = 45.0, Max = 74.0)		

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก

ผลการวิจัย พบว่า จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ ด้วยวิธี Enter พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง (Beta = 0.159, p-value = 0.007) สถานภาพสมรส (Beta = 0.145, p-value = 0.008) มีโรคประจำตัว (Beta = 0.175, p-value = 0.001) สุขภาพช่องปากดี (Beta = 0.203, p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = 0.361, p-value < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.108, p-value = 0.043) ดังตาราง 3 โดยสมการถดถอยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ได้ร้อยละ 22.4 และสามารถเขียนสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก = 41.317 + 1.923 (เพศหญิง) + 1.637 (สถานภาพสมรส) + 1.927 (มีโรคประจำตัว) + 2.759 (สุขภาพช่องปากดี) + 0.092 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) + 0.099 (แรงสนับสนุนทางสังคม)

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก (n = 292)

ปัจจัย	b	Beta	t	p-value
เพศหญิง (กลุ่มอ้างอิง = เพศชาย)	1.923	0.159	2.725	0.007*
อายุ	0.046	0.023	0.414	0.679
ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป (กลุ่มอ้างอิง = ต่ำกว่ามัธยมศึกษา)	0.091	0.008	0.150	0.881
อาชีพ มีงานทำ (กลุ่มอ้างอิง = ว่างงาน)	0.279	0.021	0.400	0.689
มีบทบาทในชุมชน (กลุ่มอ้างอิง =ไม่มีบทบาทในชุมชน)	-0.428	-0.039	-0.631	0.529
สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง = โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	1.637	0.145	2.682	0.008*
มีโรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง = ไม่มีโรคประจำตัว)	1.927	0.175	3.271	0.001*
สุขภาพช่องปากดี (กลุ่มอ้างอิง = สุขภาพช่องปากไม่ดี)	2.759	0.203	3.872	< 0.001*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.092	0.361	6.065	< 0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.099	0.108	2.032	0.043*

Constant = 41.317, R = 0.501, R^2 = 0.251, Adjusted R^2 = 0.224, F = 9.393, p-value < 0.001
*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สุขภาพช่องปากดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 22.4 อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางด้านเป็นครั้งคราว แต่ยังไม่ต่อเนื่องหรือสม่ำเสมอเพียงพอในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในวัยสูงอายุ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนมีการรับประทานผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด ในความถี่เพียงบางวันต่อสัปดาห์ โดยมีผู้ที่รับประทานผักและผลไม้สดอย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัมเพียงร้อยละ 30.1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับรายงานการตรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 ที่พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป บริโภคผักในปริมาณที่เพียงพอต่อวันน้อยกว่ากลุ่มวัยทำงาน และมีแนวโน้มลดลงในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Patanavanich, 2025) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมทุกวัน เช่น นม เพียงร้อยละ 11.3 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะแคลเซียม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนและการเสื่อมของระบบโครงสร้างร่างกายในวัยสูงอายุ

ด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดเพียงบางวันต่อสัปดาห์ โดยมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 21.9 ที่ทำกิจกรรมผ่อนคลาย

อย่างสม่ำเสมอ สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังขาดการจัดการความเครียดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เช่น การทำกิจกรรมสันทนาการ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ หรือการพบปะสังสรรค์ในชุมชน อาจช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Malad et al. (2023) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.5 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Penpo (2020) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.7 รวมทั้งการศึกษาของ Nuetong & Songthap (2023) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจสะท้อนถึงการตระหนักถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายในวัยสูงอายุ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหรือกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pankwang & Karcharnubarn (2024) ที่พบว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีโอกาสออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา หรือระดับอาชีวศึกษามีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยเรียนหรือจบเพียงระดับประถมศึกษา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากรายงานการตรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 38.7 และพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Patanavanich, 2025)

ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่หรือยาสูบ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและส่งผลดีต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pankwang & Karcharnubarn (2024) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสสูบบุหรี่เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-79 ปี มีโอกาสสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

ด้านพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ หรือยาดอง ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pankwang & Karcharnubarn (2024) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างไรก็ตาม จากรายงานการตรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568 พบว่าความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี อยู่ที่ร้อยละ 27.9 และภาคเหนือมีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดถึงร้อยละ 70.5 (Patanavanich, 2025) นอกจากนี้การศึกษาของ He, Yuan, Shao, & Chan (2025) พบว่าการใช้ยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แย่ลง รวมทั้งมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (eHealth literacy) ที่ต่ำกว่า ดังนั้นการดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ

เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 ขณะที่เพศชายมีร้อยละ 28.1 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = 0.159, p-value = 0.007) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่เหมาะสมมากกว่าเพศชาย เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในแบบจำลอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tabsee (2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในด้านการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chatpaho et al. (2021) ที่รายงานว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบทบาททางสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตที่ทำให้เพศหญิงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่า

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.0 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีระดับพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด/หม้าย/หย่า/แยก สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ที่ระบุว่า การมีบุคคลใกล้ชิดช่วยลดความเครียดเพิ่มแรงจูงใจ และเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Malad et al. (2023) พบว่า การพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุคิดเป็น 1.63 เท่าของผู้ที่อาศัยอยู่ลำพังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.3 เนื่องจากวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมชราและมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะพิเศษแตกต่างจากวัยอื่น เรียกว่า “RAMPS” กล่าวคือ R: Reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากความชรา A: Atypical presentation ลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ M: Multiple pathology ภาวะที่มีพยาธิสภาพหรือโรคเกิดขึ้นหลายชนิดในหลากหลายระบบอวัยวะพร้อมกันในเวลาเดียว P: Polypharmacy ได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน และ S: Social adversity การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกหรือการจากไปของคู่ครอง (Kaewwilai, 2022) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือมีโรคประจำตัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องและพบแพทย์ติดตามอาการเป็นประจำ ได้แก่ การตรวจติดตามผลเลือด การติดตามอาการ หรือการรับยาตามแพทย์นัด ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลสุขภาพ คำแนะนำและการดูแลจากทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kitreerawutiwong & Mekrungruangwong (2016) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่า การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = 0.879, p-value = 0.020)

สุขภาพช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพช่องปากดี ร้อยละ 80.1 โดยมีจำนวนฟันแท้อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ ไม่ต้องใส่ฟันเทียม และได้รับการตรวจจากทันตแพทย์ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพช่องปากไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Lipsky et al. (2024) พบว่า สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพโดยรวม โดยหากผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีจะทำให้คุณภาพชีวิตดี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารอาหาร ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคระบบอื่นๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paganini-Hill, White, & Atchison (2011) พบว่า การแปรงฟันก่อนนอน การใช้ไหมขัดฟันทุกวันและการไปพบทันตแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญของการมีสุขภาพฟันดีและการมีอายุยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Posri & Vaeteewootacharn (2015) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ไม่ดี มีผลต่อ

การสูญเสียฟันในอนาคต

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 34.6 และระดับดีมาก มีเพียงร้อยละ 28.1 (Mean = 81.3, S.D. = 21.4) จากผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ และระดับที่ไม่ดี สอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามในด้านการตัดสินใจข้อ 3 เมื่อท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ท่านมักจะไปขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะการตัดสินใจในระดับน้อย (Mean = 1.97, S.D.= 1.29) จึงควรส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ และการสื่อสารในการใช้บริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า ถ้าหากผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับนิยามของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thaithae et al. (2021) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.37, S.D. = 0.77) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้สูงสุด รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = 0.67 0.49 0.31, p-value < 0.05 ตามลำดับ) โดยทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 53.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Iftikhal & Srisawat (2023) พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 109.56 คะแนน ส่วนใหญ่ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.4) รองลงมา คือ ระดับมาก (ร้อยละ 41.8) และระดับน้อย (ร้อยละ 4.8) โดยมีค่าเฉลี่ย 29.4 คะแนน (S.D. = 5.95) เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = 0.108, p-value = 0.043) สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่เหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ซึ่งอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคม ซึ่งอาจส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำรงพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพได้ดีขึ้น ทั้งนี้ แรงสนับสนุนดังกล่าวอาจมาจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Khamseekaew & Kanokthet (2024) ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) รวมถึงการศึกษาของ Malad et al. (2023) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพ มีโอกาสแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุนถึง 3.30 เท่า (95% CI = 1.89-5.75, p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายบริบท

การวิจัยครั้งนี้ได้ขยายกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจากหลัก 3อ 2ส โดยบูรณาการ “1ฟ” (สุขภาพช่องปาก) เป็นองค์ประกอบร่วมในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส 1ฟ ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Beta = 0.361, p-value < 0.001)

รองลงมา คือ สุขภาพช่องปากที่ดี (Beta = 0.203, p-value < 0.001) และการมีโรคประจำตัว (Beta = 0.175, p-value = 0.001) นอกจากนี้ เพศ สถานภาพสมรส และแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมสุขภาพอาจสะท้อนว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพมีโอกาสได้รับข้อมูล คำแนะนำ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการดูแลสุขภาพช่องปาก และการใช้กลไกสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ซึ่งสะท้อนความสัมพันธ์ของตัวแปรในช่วงเวลาเดียวกัน จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุอายุ 60-69 ปี ในอำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก อาจทำให้การนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นต้องพิจารณาด้วยความระมัดระวัง อีกทั้งการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการรายงานข้อมูล (Reporting bias) นอกจากนี้ แม้ว่าตัวแปรตามของการศึกษานี้เป็นเชิงปริมาณและเหมาะสมกับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ อย่างไรก็ตาม ตัวแปรอิสระหลายตัวเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม ซึ่งต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) เพื่อใช้ในแบบจำลอง การแปลงดังกล่าวอาจลดความแปรปรวนภายในกลุ่มและค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้เป็นการเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิง จึงอาจไม่สะท้อนความซับซ้อนของข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นผลการวิเคราะห์ควรตีความด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ควรส่งเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นฝึกทักษะ เช่น วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ ลดหวาน มัน เค็ม ตามหลัก 3อ การตรวจดูข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพก่อนที่จะปฏิบัติตาม และการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์/สินค้าก่อนซื้อ เป็นต้น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จึงควรสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ บุตรหลาน หรือผู้ดูแลในครอบครัวให้มีส่วนร่วม โดยผ่านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ เช่น การจัดเตรียมอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่ออธิบายเหตุผลและแรงจูงใจของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ และนำข้อมูลดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีโรคประจำตัวให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ “3อ 2ส” ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (1ฟ) ในผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบว่าสามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหรือปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทของอำเภอบ้านตาก เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยสำหรับนิสิตบัณฑิตศึกษาที่มีศักยภาพสูง ประจำปีงบประมาณ 2568 จากมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัย

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านตาก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

Best, W. J. (1977). *Research in education.* (3rd ed.). Engle Clift, NJ: Prentice-Hall.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of education.* New York: David McKay Company.

Bureau of Dental Public Health, Department of Health. (2024). *The 9th national oral health survey of Thailand 2023.* (1st ed.). Retrieved July 11, 2024, from https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-oral-health-survey-report/4952#wow-book/. (in Thai)

Chatpaho, V., Wechjakwen, N., Munthaisong, B., Namkrathok, N., & Reangjoho, N. (2021). The study of self-care behavior of older adults according to 3E 2S rules in Pho Klang Sub-District, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima*, *27*(2), 71-79. (in Thai)

Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing.* (3rd ed.). New York: Harper & Row.

Department of Older Persons. (2023). *Report on the situation of older persons in Thailand 2022.* Retrieved July 11, 2024, from https://thaitgri.org/?wpdmpro=situation-of-the-thai-older-persons-2022. (in Thai)

Department of Older Persons. (2024, June 1). *Statistics of older persons.* Retrieved July 11, 2024, from https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2555. (in Thai)

Department of Health, Ministry of Public Health. (2020, October 8). *Anamai media: Caring for the elderly with the 3E 2S 1F.* Retrieved July 11, 2024, from https://multimedia.anamai.moph.go.th/video-knowledges/vdo-080763/#:~:text=กรมอนามัยแนะดูแลผู้,คือ%20รักษาฟันให้สะอาด (in Thai)

He, W. J. A., Yuan, R., Shao, Y. & Chan, S. C. S. (2025). Tobacco and alcohol co-use in older adults in Hong Kong: A mixed-methods analysis from the Generations Connect Project. *Tobacco Induced Diseases*, *23*(1), A385. https://doi.org/10.18332/852498tivblr

Health Data Center. (2024). *Report on health screening of older persons classified by activities of daily living (ADL).* Retrieved July 11, 2024, from https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51 (in Thai)

Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (Revised edition 2018). *Health literacy and health behavior assessment form based on the 3E 2S principle for people aged 15 years and over*, *2018.* Retrieved March 12, 2024, from https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124613.pdf (in Thai)

Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2022). *Operational manual for health education on village-based health behavior modification.* Retrieved July 12, 2024, from https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/ (in Thai)

House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.), Work stress and social support. (4th ed.). Philadelphia: Addison-Wesley.

Iftikhal, A., & Srisawat, S. (2023). Health literacy factors related to health behavior among elderly in Sakon Nakhon Province. *KKU Journal for Public Health Research*, *16*(2), 31-40. (in Thai)

Khamseekaew, T., & Kanokthet, T. (2024). Factors affected to the health behavior of the elderly in Huai Mai Sub-District, Song District, Phrae Province *Science and Technology Northern Journal*, *4*(4), 107-118. (in Thai)

Kaewwilai, L. (2022). Comprehensive geriatric assessment in community: Roles of nurse practitioner. *Journal of Public Health Nursing*, *36*(1), 135-152. (in Thai)

Kitreerawutiwong, N., & Mekrungruangwong, S. (2016). Factors influencing health behaviors of community-dwelling older persons. *Burapha University Journal of Public Health*, *11*(1), 63-74. (in Thai)

Kitreerawutiwong, N. (2018). *Public health research: From principles to practice.* (2nd ed.). Phitsanulok: Naresuan University Publishing House. (in Thai)

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, *22* (140), 55.

Lipsky, M, Singh, T., Zakeri, G., & Hung, M. (2024). Oral health and older adults: A narrative review. *Dentistry Journal*, *12*(2), 30. https://doi.org/10.3390/dj12020030

Malad, P., Wichaiyo, W, & Chaiteing, T. (2023). Factors affecting of behavior on health promotion for elderly in Dongluang District, Mukdahan Province. *Academic Journal of Community Public Health*, *9*(3), 147-156. (in Thai)

National Statistical Office. (2024). *Survey of the Older Persons in Thailand.* Retrieved January 11, 2025, from https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf (in Thai)

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

Nuetong, P., & Songthap, A (2023). *Factors affecting oral health care behaviors among the self-independent older adults, Banphotphisai District, Nakhonsawan Province.* Thesis of Master of Public Health, Naresuan Univeristy, Phitsanulok. (in Thai)

Paganini-Hill, A., White, S. C., & Atchison, K. A. (2011). Dental health behaviors, dentition, and mortality in the elderly: The leisure world cohort study. *Journal of Aging Research, 2011(156061)*, 1-10. https://doi.org/10.4061/2011/156061

Patanavanich, R. (2025). *The National Health Examination Survey (NHES) 7th (2024-2025).* Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok: Saeng Chan Press Limited Partnership. (in Thai)

Pankwang, P. & Karcharnubarn, R. (2024). The relationship between caregiver characteristics and desirable health behaviours of Thai older persons. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, *9*(12), 1745-1765. (in Thai)

Panurat, S., Bhoosahas, P., Thutsaringkarnsakul, S., Krachangpho, P., Thurtham, W & Natetipawan, P. (2019). Factors related to health literacy among the elderly in Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. *Police Nursing Journal*, *11*(1), 86-94. (in Thai)

Penpo, P. (2020). Factors related to health promoting behaviors of the elderly in Wangsaiphun District, Phichit Province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, *4*(8), 210-223. (in Thai)

Posri, K., & Vaeteewootacharn, K. (2015). Factors related to tooth loss among elderly aged 60-74 years in and outside Khon Kaen metropolitan, Muang District, Khon Kaen Province. *Thai Dental Nurse Journal*, *26*(2), 73-86. (in Thai)

Ponpumma, L., & Yodprasert, T. (2019). Health promotion behavior among elderly person in Bansuan Sub-District, Chon Buri Province. *Journal of Health Science of Thailand*, *28*(2), 236-243. (in Thai)

Poogungploy, P., & Phusee-orn, S. (2019). The development estimating missing data method for repeated measurements by two-way imputation and first-order autoregressive model. *Udon Thani Rajabhat University Journal of Humanities and Social Science*, *8*(2), 125-140. (in Thai)

Public Health Administration Division. (2022). *Action plan for integrated development of elderly health (2023-2027).* Retrieved March 20, 2024, from https://phdb.moph.go.th (in Thai)

Roma, W., Tanasugarn, C., Tipayamongkholgul, M., Aimyong, N., Neelapaitjit, N., Kloyiam, S., & Samnuanklang, M. (2018). *Health literacy survey among Thai people aged 15 years and over, 2017: Phase I.* Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)

Silangirn, P. (2017). *Factors related to self-care behaviors among elderly of Phayao Province.* Thesis of Master of Public Health, Thammasat University, Lampang Campus, Lampang. (in Thai)

Singhasem, P., Krinara, P., & Tiparat, W. (2019). Correlation between health literacy and health behaviors in older people: A survey research in a community, Trang Province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, *11*(1), 37-51. (in Thai)

Tabsee, S. (2020). Factors related to self-care behavior of the elderly in Kangkrajan District, Phetchaburi Province, *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, *3*(1), 14-30. (in Thai)

Thaithae, S., Thanaboonpuang, P., & Mahaprom, T. (2021). Factors affecting health care behaviors of the elderly among urban communities in Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal*, *48*(2), 393-406. (in Thai)

Tumthongkham, J. (2017). *Factors affecting health behaviors among the elderly living in Banglamung Sub-District municipality, Bang Lamung District, Chonburi Province.* Thesis of Master of Public Administration in General Administration, Graduate school of Public Administration, Burapha University, Chonburi. (in Thai)

Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences.* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion glossary.* Retrieved January 11, 2025, from https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ 402ac-ba9-d79c-4dad-89ae-5085cb528400/content

World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior.* Retrieved January 11, 2025, from https://iris.who.int/handle/10665/336656

World Health Organization. (2023). *Ageing and health.* Retrieved January 11, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health