

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลเมืองศรีไค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
Factors associated with health-promoting behaviors among social-bound
elderly in Mueang Si Khai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon
Ratchathani Province

ณัฐชาดา ทาทอง¹ อนุสรณ์ บุญทรง^{2*} ณัฐธิดา โพธิ์สีมา³
Natchayada Thathong¹ Anusorn Boonsong^{2*} Natthida Phoseema³

(Received: July 16, 2026; Revised: August 17, 2026; Accepted: August 26, 2026)

*Corresponding author: anusorn34000@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสภาพปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายเป็นลำดับ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 238 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกทวิ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.54, 97.48 และ 73.95 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ (adjusted OR = 2.172, 95% CI = 1.377–3.425) และเพศหญิง (adjusted OR = 2.231, 95% CI = 1.187–4.191) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว อสม. และ รพ.สต. เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่ผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดด้านการควบคุมปริมาณอาหาร การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่าน อสม. และ รพ.สต. ควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม การวิจัยแบบผสมผสาน

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

¹Srisuk Subdistrict Health Promoting Hospital, Si Narong District, Surin Province

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences
Praboromarajchanok Institute

³โรงพยาบาลศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

³Si Narong Hospital, Surin Province

Abstract

This study aimed to examine knowledge, attitudes, health-promoting behaviors, factors associated with health-promoting behaviors, and problems related to health promotion among socially active older adults. A sequential explanatory mixed-methods research design was employed. The quantitative sample consisted of 238 socially active older adults selected using systematic sampling, while the qualitative sample consisted of 12 participants purposively selected from socially active older adults, village health volunteers, and personnel responsible for older adult care. Data were collected using questionnaires and semi-structured interviews. The research instruments were tested for validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression, with the statistical significance level set at 0.05. The findings showed that the socially active older adults had high levels of knowledge, attitudes, and health-promoting behaviors, at 94.54%, 97.48%, and 73.95%, respectively. Factors associated with health-promoting behaviors were knowledge (adjusted OR = 2.172, 95% CI = 1.377–3.425) and female gender (adjusted OR = 2.231, 95% CI = 1.187–4.191). In-depth interviews revealed that support from family members, village health volunteers, and subdistrict health-promoting hospitals was an important mechanism for promoting health behaviors. However, the older adults still had limitations in controlling food intake, maintaining regular exercise, and maintaining oral health. Therefore, improving health literacy through village health volunteers and subdistrict health-promoting hospitals, together with family support, could promote health behaviors and reduce the risk of dependency among older adults.

Keywords: Health-promoting behaviors, Social-bound elderly, Mixed methods research



1. บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2554, 2557, 2560, 2564 และ 2567 พบว่ามีประชากรสูงอายุจำนวน 8.27, 10.01, 11.31 13.36 และ 14.03 ล้านคน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 12.2 14.9, 16.7, 19.6 และ 20.7 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ประชากรสูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด) ใน พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.7 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 59.3 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.8 และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.9 คาดการณ์ในอีก 20 ปี ข้างหน้า (ปีพ.ศ. 2585) ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.44 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มจาก 14.03 ล้านคน เป็น 18.85 ล้านคน⁽¹⁾ การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุติดสังคม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป) กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน (คะแนน ADL 5-12) และ กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานได้ (คะแนน ADL ระหว่าง 0-4)⁽²⁾

การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ทำให้การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ การดูแลในปัจจุบันมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุก โดยมุ่งค้นหาความเสี่ยง และภาวะถดถอยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ป้องกันภาวะพึ่งพาและการป่วยติดเตียงและยกระดับคุณภาพชีวิต⁽³⁾ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 1) มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์ 2) กินผักและผลไม้ได้

วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์) 3) ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4) ไม่สูบบุหรี่ 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ 6) มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเองเมื่อมีโรคประจำตัว มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง) 7) มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง 8) การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการแปรงฟันก่อนนอน⁽⁴⁾

รายงานผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุจากระบบฐานข้อมูลกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2564-2567 ร้อยละ 30.8, 73.2, 15.9 และ 15.9 ตามลำดับ (เป้าหมายของกรมอนามัย ร้อยละ 56)⁽⁵⁾ ซึ่งข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 มีค่าสูงผิดปกติเนื่องจากการเก็บข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สามารถส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุช่วยลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคต่าง ๆ และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 26.2 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำสุด เพียงร้อยละ 18.6⁽¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาเน้นศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไปมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบทของจังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ จึงยังขาดข้อมูลเชิงลึกที่อธิบายบริบทและเหตุผลของพฤติกรรมสุขภาพ และยังไม่มีการใช้งานวิจัยแบบผสมผสานเพื่ออธิบายผลของข้อมูลเชิงปริมาณด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถอธิบายทั้งปัจจัยเชิงสถิติและบริบทของพฤติกรรมสุขภาพได้ครบถ้วน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ ความรอบรู้สุขภาพ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทของจังหวัดอุบลราชธานี ยังไม่มีการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค มีผู้สูงอายุทั้งหมด 788 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 731 คน คิดเป็นร้อยละ 92.76 โดยประยุกต์ใช้ PRECEDE Model⁽⁶⁾ ที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจาก 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ การศึกษาค้นคว้า ศึกษาเฉพาะปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สภาพปัญหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และลดโอกาสการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ใช้รูปแบบวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Explanatory Sequential Mixed Methods Design) ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม 2568

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในตำบลเมืองศรีโค จำนวน 731 คน
- 2) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในตำบลเมืองศรีโค จำนวน 731 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลเมืองศรีโค จำนวน 111 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีโค จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

1) การศึกษาเชิงปริมาณ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถได้ยินและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ไม่อยู่ในพื้นที่หรือไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่กำหนด ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

2) การศึกษาเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

- (1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
- (2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานที่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี และ
- (3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานที่มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) กลุ่มตัวอย่างที่ในการศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 238 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากร⁽⁷⁾ ดังสูตรด้านล่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ขนาดประชากรเท่ากับ 731 คน และสัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จากข้อมูลปี พ.ศ. 2567 เท่ากับ 0.26 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำประมาณ 211 คน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 238 คน

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{d^2(N-1)+Z^2p(1-p)}$$
$$= \frac{731 \times 1.96^2 \times 0.26 \times 0.74}{0.05^2 \times (731-1) + (1.96^2 \times 0.26 \times 0.74)}$$
$$= 210.7 \text{ เก็บข้อมูลจริง 238 คน}$$

เมื่อ Z คือ ค่าความเชื่อมั่นที่ 95 % เท่ากับ 1.96

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร เท่ากับ 731

d คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

P คือ ค่าสัดส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พ.ศ. 2567⁽¹⁾ ร้อยละ 26.2 หรือค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.26

การสุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ
ตำบลเมืองศรีไค มี 11 หมู่บ้าน เลือกหมู่บ้านตัวอย่างโดยวิธีจับสลากได้ 5 หมู่บ้าน คำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านจากสัดส่วนจำนวนหลังคาเรือน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

$$K = \frac{N}{n}$$
 โดยที่ K คือ ช่วงการสุ่ม, N คือ จำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน, n คือ ขนาดตัวอย่างของหมู่บ้าน เช่น บ้านค้อหวาง ม.1 มี 142 หลังคาเรือน ขนาดตัวอย่าง 42 คน แทนค่าได้ $K \approx 3.38$ ผู้วิจัยจะสุ่มเลือกหลังคาเรือนเริ่มต้น(R) แล้วเลือกตัวอย่างจากหลังคาเรือนที่อยู่ใกล้ที่สุดทางซ้าย ตามช่วงการสุ่ม(k) เช่น R = 3 หลังคาเรือนที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ R, R+1K, R+2K, ... หรือ 3, 7, 11, ... จนกว่าจะครบ 42 หลังคาเรือน กรณีที่ไม่พบกลุ่มตัวอย่างให้เลื่อนไปหลังคาเรือนที่อยู่ใกล้ที่สุดทางซ้าย จนกว่าจะพบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการเช่นเดียวกันนี้กับหมู่บ้านตัวอย่างอื่น

2) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 3-5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3-5 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค จำนวน 1 คน โดยกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นและพิจารณายุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data saturation) กล่าวคือ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายถัดไปไม่พบประเด็นหรือข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากข้อมูลที่ได้รับก่อนหน้านี้

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้ ในการเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน โดยพิจารณาจากความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งพบว่าในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อมาไม่

ปรากฏประเด็นหรือข้อมูลใหม่เพิ่มเติม จึงยุติการเก็บข้อมูลที่จำนวน 12 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 8 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คำถามเชิงบวก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คำถามเชิงลบตอบถูกได้ 0 คะแนน ตอบผิดได้ 1 คะแนน การแปลผลความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽⁸⁾ ดังนี้

ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (7-8 คะแนน)

ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (5-6 คะแนน)

ระดับน้อย ร้อยละ 0-59 (0-4 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2 และ 3 ตามลำดับ การแปลผลทัศนคติพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งระดับตามอันตรภาคชั้นออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best⁽⁹⁾)

ระดับมาก ($\bar{X}$ = 2.34-3.00)

ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.67-2.33)

ระดับน้อย ($\bar{X}$ = 1.00-1.66)

โดยคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นจากสูตร (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนระดับ = (3-1)/3 = 0.67

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการปฏิบัติ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 2, 1 และ 0 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 0, 1 และ 2 ตามลำดับ

การแปลผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใช้เกณฑ์การแบ่งระดับตามแนวคิดของ Bloom⁽⁸⁾ โดยพิจารณาจากคะแนนรวมทั้งหมด 22 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป (18-22 คะแนน)

ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (14-17 คะแนน)

ระดับน้อย ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-13 คะแนน)

ผู้วิจัยประยุกต์ PRECEDE Model⁽⁶⁾ เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยศึกษาเฉพาะปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม นอกจากนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ 8 ประการของกรมอนามัย⁽⁴⁾ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและผลไม้ การดื่มน้ำเปล่า การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปี การนอนหลับ และการแปรงฟัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างข้อความเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity - IOC) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความกับวัตถุประสงค์การวิจัยและนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่า ข้อความมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป และข้อความที่มีข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านก่อ ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบพบว่า แบบสอบถามมีความรู้มีความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.89 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี

ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 และ 0.75 ตามลำดับ

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทดลองใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความชัดเจน ความเหมาะสม และความครอบคลุมของคำถาม รวมทั้งปรับปรุงแนวคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและสามารถนำไปใช้เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกได้อย่างเหมาะสม

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงอนุมานที่ใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) ตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 จัดกลุ่มตัวแปรพฤติกรรมเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมระดับมาก(ร้อยละ 80-100) และกลุ่มที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมระดับน้อย/ปานกลาง(ร้อยละ 0-79)

1.2 วิเคราะห์ตัวแปรเดียว ด้วยวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิอย่างง่าย (Simple binary logistic regression analysis) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 เข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุพหุเสนอค่า Crude OR และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

1.3 วิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกทวิ (Multiple binary logistic regression analysis) โดยใช้การคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี Backward Wald Test นำเสนอค่า Adjusted OR และช่วงความเชื่อมั่น 95 %

1.4 ตรวจสอบความเหมาะสมของสมการสุดท้ายด้วย Hosmer-Lemshow test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic analysis) โดยประยุกต์แนวคิดของ Naeem, Ozuem, Howell & Ranfagni⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย

6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การคัดเลือกข้อความหรือข้อความอ้างอิงที่มีสาระสำคัญจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (statements/quotations) (2) การกำหนดคำสำคัญจากข้อความที่คัดเลือก (keywords) (3) การกำหนดรหัสข้อมูลจากคำสำคัญ (codes) (4) การจัดกลุ่มรหัสที่มีความสัมพันธ์กันและกำหนดเป็นแก่นสาร (themes) (5) การตีความและสร้างมโนทัศน์จากแก่นสารที่ได้ (interpretation and conceptualization) และ (6) การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ของแก่นสารและมโนทัศน์ เพื่ออธิบายปัจจัยสนับสนุนและปัญหาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

2.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S016-2568 ระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม 2568 ถึง 18 พฤษภาคม 2569 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล

3. ผลการวิจัย

3.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.59 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 65.97 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.23 ส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 68.49 ขณะที่ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 40.76 ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 43.28 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 78.57 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.29 มีโรคประจำตัว โดยพบโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเป็นส่วนใหญ่ สำหรับภาวะโภชนาการ พบว่า มีดัชนีมวลกายปกติมากที่สุด ร้อยละ 42.86 และเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 48.21

3.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.54 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.46 ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าตอบถูกสูงสุดในประเด็นการตรวจสุขภาพประจำปี และการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 100 เท่ากัน รองลงมาคือ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 99.16 การนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 98.74 การดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ร้อยละ 97.90 และการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 94.96 ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ การดื่มยาต้องเหล้าเพื่อเป็นยาบำรุงกำลังและทำให้อายุยืน ร้อยละ 86.55

3.3 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.48 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 2.52 ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี (Mean = 2.99, S.D. = 0.09) รองลงมาคือ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (Mean = 2.96, S.D. = 0.20) การดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (Mean = 2.94, S.D. = 0.26) และการนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง (Mean = 2.93, S.D. = 0.27) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การออกกำลังกายช่วยให้กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง (Mean = 2.81, S.D. = 0.41)

3.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.95 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 24.79 และระดับน้อย ร้อยละ 1.26 ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเมื่อมีโรคประจำตัว (Mean = 1.94, S.D. = 0.27) รองลงมาคือ การตรวจสุขภาพประจำปี (Mean = 1.89, S.D. = 0.37) การรับประทานอาหารประเภทต้ม ตุ่น หรือนึ่งเป็นประจำ (Mean = 1.86, S.D. = 0.36) และการดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้วเป็นประจำ (Mean =

1.84, S.D. = 0.43) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (Mean = 1.53, S.D. = 0.74) และการรับประทานอาหารครบ 5

หมู่ อย่างน้อย 6-7 วันต่อสัปดาห์ (Mean = 1.39, S.D. = 0.55 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n=238)

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
ปานกลาง	13	5.46
มาก	225	94.54
ทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
ปานกลาง	6	2.52
มาก	232	97.48
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
น้อย	3	1.26
ปานกลาง	59	24.79
มาก	176	73.95

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (n=238)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	จำนวน (ร้อยละ)			Mean (S.D.)	แปลผล
	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ		
1. เมื่อเจ็บป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเอง หรือหากมีโรคประจำตัว ทานรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	226 (94.96)	10 (4.20)	2 (0.84)	1.94 (0.27)	มาก
2. การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นประจำทุกปี	217 (91.18)	16 (6.72)	5 (2.10)	1.89 (0.37)	มาก
3. การรับประทานอาหารประเภท ตุ่น ต้ม นึ่ง เป็นประจำทุกวัน	206 (86.55)	31 (13.03)	1 (0.42)	1.86 (0.36)	มาก
4. การสูบบุหรี่ ยาเส้น*	16 (6.72)	3 (1.26)	219 (92.02)	1.85 (0.51)	มาก
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตอง*	6 (2.52)	27 (11.34)	205 (86.13)	1.84 (0.43)	มาก
6. การดื่มน้ำเปล่า อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เป็นประจำทุกวัน	188 (78.99)	34 (14.29)	16 (6.72)	1.72 (0.58)	มาก
7. สามารถนอนหลับ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	165 (69.33)	69 (28.99)	4 (1.68)	1.68 (0.50)	มาก
8. การมีกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ปั่นจักรยาน ทำงาน บ้าน ทำนา ทำสวน	169 (71.01)	53 (22.27)	16 (6.72)	1.64 (0.60)	มาก
9. การรับประทานอาหารผัก/ผลไม้ วันละ 5 กำมือ 6-7 วันต่อสัปดาห์	152 (63.87)	85 (35.71)	1 (0.42)	1.63 (0.49)	มาก
10. แปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน เช้า และก่อนนอน เป็นประจำ	161 (67.65)	42 (17.65)	35 (14.71)	1.53 (0.74)	ปานกลาง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	จำนวน (ร้อยละ)			Mean (S.D.)	แปลผล
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ		
11. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อย่างน้อย 6-7 วัน ต่อสัปดาห์	101 (42.44)	130 (54.62)	7 (2.94)	1.39 (0.55)	ปาน กลาง

* ค่าถ้ามเชิงลบ

3.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ระดับมาก และระดับปานกลาง/น้อย จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิแบบตัวแปรเดียว (Univariable binary logistic regression) พบว่า เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อาชีพปัจจุบัน ความรู้ และทัศนคติ มีค่า p-value < 0.25 จึงนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิแบบพหุตัวแปร (Multivariable binary logistic regression) ด้วยวิธี Backward Wald ดังตารางที่ 3

ผลการตรวจสอบ Multicollinearity พบว่าค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.04-1.89 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แสดงว่าไม่พบปัญหา Multicollinearity ในแบบจำลองสุดท้าย ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้และเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย โอกาส (odds) ที่จะ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับมากเพิ่มขึ้น 2.172 เท่า (Adjusted OR = 2.172, 95% CI = 1.377-3.425) และผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับมากเป็น 2.231 เท่าของเพศชาย (Adjusted OR = 2.231, 95% CI = 1.187-4.191) ดังตารางที่ 4

ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว สถานภาพสมรส อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน รายได้ การอยู่อาศัย และการมีโรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แบบจำลองมีความเหมาะสมกับข้อมูล โดยผลการทดสอบ Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test มีค่า p = 0.749 ค่า Nagelkerke R² เท่ากับ 0.095 แสดงว่าแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 9.5 และมีความถูกต้องในการจำแนกกลุ่มโดยรวมร้อยละ 73.9

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยการวิเคราะห์ Simple Binary Logistic Regression Analysis)

ปัจจัย	cOR ³	95% CI	p-value
เพศ			
หญิง	1.967	1.069, 3.620	0.030 ¹
ชาย	Ref.		
อายุ²	0.964	0.924, 1.006	0.090 ¹
ดัชนีมวลกาย²	1.060	0.980, 1.147	0.147 ¹
เส้นรอบเอว			
ไม่เกินมาตรฐาน (ชาย ≤ 90 ซม.หญิง ≤ 80ซม.)	0.495	0.257, 0.953	0.035 ¹
เกินมาตรฐาน (ชาย > 90 ซม.หญิง > 80ซม.)	Ref.		
สถานภาพสมรส			
โสด หม้าย หย่า แยก	1.141	0.611, 2.130	0.678
คู่	Ref.		
อาชีพเดิม			

ปัจจัย	cOR ³	95% CI	p-value
ไม่ใช่เกษตรกร	1.056	0.565, 1.976	0.864
เกษตรกร	Ref.		
อาชีพปัจจุบัน			
เกษตรกร ค่าขาย รับจ้าง	1.525	0.851, 2.734	0.156 ¹
ไม่ได้ทำงาน	Ref.		
รายได้			
ไม่พอใช้จ่าย	1.321	0.734, 2.377	0.353
พอใช้จ่าย	Ref.		
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ			
ไม่ได้อยู่คนเดียว	0.967	0.296, 3.155	0.955
อยู่คนเดียว	Ref.		
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	1.358	0.730, 2.525	0.334
มีโรคประจำตัว	Ref.		
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ²	2.033	1.298, 3.185	0.002 ¹
ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ²	1.214	1.010, 1.460	0.038 ¹

1=p-value < 0.25, 2=ข้อมูลต่อเนื่อง, 3=Crude OR

ตารางที่ 4 ค่าพารามิเตอร์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกทวิ (Multiple Binary Logistic Regression Analysis)

ปัจจัย	B	SE(B)	Wald	aOR ¹	95% CI	p-value
ค่าคงที่	-5.427	1.819	8.907	0.004		0.003
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ²	0.776	0.232	11.134	2.172	1.377, 3.425	0.001**
เพศ						
หญิง	0.802	0.322	6.218	2.231	1.187, 4.191	0.013*
ชาย				Reference		

1=ค่า adjusted OR ภายหลังการปรับค่าตามตัวแปรอื่นในโมเดล, 2= ข้อมูลต่อเนื่อง, *p-value < 0.05, * p-value < 0.01

3.6 ข้อมูลเชิงคุณภาพสภาพปัญหาในการส่งเสริม

สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติด

สังคม อสม. และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ของ รพ.สต.ศรีโค สภาพปัญหา ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุติดสังคม

ธีมหลัก (Main Themes)	ประเด็นย่อย (Sub-theme Codes)	ตัวอย่างข้อความ (Quotes)
1. การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ	การรับประทานอาหารผัก และผลไม้ - อาหารอีสานเป็นอาหารสุขภาพมีผักเป็นเครื่องเคียง - รับประทานอาหารผลไม้ค่อนข้างน้อย ผลไม้ในท้องถิ่นตามฤดูกาล การรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง	“กินอาหารอีสาน นึ่งปลา นึ่งผักจั่วแจ่ว กินส้มตำ ลาบปลา ลาบหมู ได้กินผัก” “ไม่ค่อยได้กินผลไม้ กินผลไม้ที่มีในหมู่บ้าน พวกกล้วย มะม่วง”

	- อาหารอีสานมีประเภทต้ม นึ่ง ไข่ม้วนตำ การรับประทานอาหารตามความชอบ ไม่ครบ 5 หมู่ ไม่ได้ควบคุมปริมาณอาหาร - รับประทานอาหารตามความชอบ ไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าทางอาหารหลัก 5 หมู่ -ไม่ได้ควบคุมปริมาณอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล -ทำอาหารกินเองสลับกับซื้อที่ตลาด ซึ่งมักจะมียีสหวาน มัน เค็ม การดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว -ไม่ได้คำนึงว่าดื่มน้ำเพียงพอหรือไม่	“กินต้มปลา ต้มไก่ นึ่งปลา อาหารพื้นบ้านอีสาน” “ไม่ค่อยได้เลือกกิน กินตามที่ชอบ ตามที่มีคนหาให้กิน” “กินข้าวหลาย กินจนอืด กินจนอ้วน” “ชอบกินของหวาน บวดกล้วย บวดมัน” “ซื้ออาหารตามตลาดบ้างวัน แม่ค้าจะทำรสชาติ หวาน มัน เค็ม” “ไม่ได้นับว่ากินน้ำไปกี่แก้ว หิวก็กิน ซื้อมีบริการส่งถึงบ้าน”
2.การออกกำลังกาย	-ไม่ได้มีกิจกรรมทางกายตามเกณฑ์ วันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน หรือสะสม 150 นาที/สัปดาห์ แต่ก็มีกิจกรรมทางกายที่ทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว 1.กิจกรรมในกิจวัตรประจำวัน 2.กิจกรรมตามฤดูกาล 3.กิจกรรมทางสังคม -โรงเรียนผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการออกกำลังกาย แต่ขาดความต่อเนื่อง	“ไม่ได้ออกกำลังกาย แต่ทำงานบ้าน หุงข้าว ทำกับข้าว รดน้ำต้นไม้ กวาดบ้าน เลี้ยงหลาน” “ผู้สูงอายุยังต้องทำงาน บางคนทำงานก่อสร้าง” “ส่งหลานไปโรงเรียน” “ยังต้องทำนา ทำสวน หาปุ๋ยหาปลา หาหน่อไม้ เก็บเห็ด หาตัดไม้มาเผาถ่าน” “บางคนก็เดินบางคนก็ปั่นจักรยานไปทำบุญวัด ไปเล่นกับเพื่อนกับญาติในหมู่บ้าน “เคยเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุของเทศบาลเขาสอนหลายอย่าง และพาออกกำลังกาย” “แรกๆ ก็นำมาออกกำลังกายที่บ้านหลังๆ ไม่ได้ไปโรงเรียนแล้ว ก็เลิกทำ”
3.การนอนหลับ	-การนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง ผู้สูงอายุมักจะเข้านอนเร็ว ตื่นเช้า มีปัญหาการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง และมักจะนอนกลางวัน	“นอนประมาณสี่ทุ่ม ตื่นตีสี่” “มักจะตื่นมากลางดึก นอนไม่หลับ” “ตอนกลางวันนอน 1-2 ชั่วโมง”
4.การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	-ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะลดหรือเลิกได้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ -ติดบุหรี่ตั้งแต่ตอนเป็นหนุ่ม	“เคยดื่ม แต่ตอนนี้เลิกแล้ว มีปัญหาสุขภาพ เป็นเบาหวาน ความดัน ไข่ม้วน” “พวกผู้ชายบางคนยังสูบ เขาสูบมาตั้งแต่ตอนเป็นหนุ่ม”
5. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	-กรณีเมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง โดยได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยง ผ่านกลไก อสม. -กรณีเจ็บป่วย มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ และมีญาติดูแลที่บ้าน	“อสม.รับผิดชอบหลังคำเตือนจะเล็ดปลายนิ้วหาน้ำตาล วัดความดันโลหิต ค้นหาผู้ป่วย ส่งต่อไปรักษาที่ รพ.สต. ส่งข้อมูลผ่านไลน์” “ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ความดัน ไข่ม้วน รพ.สต.เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย อสม.มีหน้าที่ดูแลให้คำแนะนำในหลังคำเตือนที่รับผิดชอบ” “ไปหาหมอที่รพ.สต. ไปตามนัด หมอแนะนำทำได้บ้างไม่ได้บ้าง” “ลูกหลานเอาใจใส่เรื่องการกินการอยู่ พาไปหาหมอ”

6.การดูแลสุขภาพช่องปาก	-มีปัญหาฟันผุ ฟันเหลือน้อย ก่อนสูงอายุ เนื่องจากแปรงฟันไม่ถูกต้องและไม่ค่อยสะอาด เลือกรับประทานอาหารที่เคี้ยวง่าย	“ฟันเหลือน้อย เคี้ยวอาหารลำบาก ต้องเลือกอาหารที่เคี้ยวง่าย” “ปัญหาฟันผุเป็นมาตั้งแต่ตอนเป็นสาว ทอยยผุมารเรื่อย ๆ” “แปรงฟันก่อนนอน แต่ไม่รู้ว่าแปรงสะอาด หรือไม่”
------------------------	---	--

4. อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE Model⁽⁶⁾ ที่กำหนดให้ความรู้เป็นปัจจัยนำซึ่งเป็นพื้นฐานของการเกิดแรงจูงใจและพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่าการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การรับประทานอาหารประเภทต้มและนึ่ง การรับประทานผักและผลไม้ การดื่มน้ำ และกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า รพ.สต. มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงผ่านกลไก อสม. และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จึงเอื้อต่อการรับประทานอย่างต่อเนื่องและการตรวจสุขภาพประจำปี ขณะเดียวกันวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนมีการเคลื่อนไหวจากกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมตามฤดูกาล และกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุที่ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะด้านการออกกำลังกาย

ด้านอาหาร ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนว่าอาหารพื้นถิ่นอีสานหลายชนิด เช่น ต้มปลา นึ่งปลา นึ่งผัก และป่นปลา มีผักเป็นเครื่องเคียงและใช้วิธีประกอบอาหารที่มีไขมันต่ำ จึงสอดคล้องกับพฤติกรรมรับประทานอาหารต้ม นึ่ง และผัก/ผลไม้ที่อยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตาม การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุบางรายรับประทานอาหารตามความชอบ ไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการและปริมาณข้าวหรือของหวาน รวมทั้งรับประทานผลไม้ค่อนข้างน้อย จึงควรส่งเสริมการเลือกชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน และความ

ดันโลหิตสูง สำหรับการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายในระดับมาก สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่ามีการเคลื่อนไหวจากกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมตามฤดูกาล และกิจกรรมทางสังคม รวมถึงการเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุที่ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวยังไม่สามารถยืนยันได้ว่ากิจกรรมทางกายมีความเพียงพอตามระดับที่เหมาะสม จึงควรส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยอย่างต่อเนื่อง ส่วนการนอนหลับพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยส่วนใหญ่เข้านอนและตื่นนอนเร็ว แม้บางรายมีปัญหาการนอนหลับไม่ต่อเนื่องและใช้การนอนกลางวันชดเชยสำหรับสุขภาพช่องปาก พบว่าการแปรงฟันวันละ 2 ครั้งอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบปัญหาฟันผุและมีฟันเหลือน้อย สะท้อนว่าควรส่งเสริมการแปรงฟันที่ถูกต้องและการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก เพื่อลดปัญหาสะสมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความรู้และเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม โดยผู้ที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับมากเพิ่มขึ้น 2.172 เท่า (Adjusted OR = 2.172, 95% CI = 1.377-3.425) และเพศหญิงมีโอกาสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับมากเป็น 2.231 เท่าของเพศชาย (Adjusted OR = 2.231, 95% CI = 1.187-4.191) ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่ รพ.สต. มีการให้ความรู้ทั้งในสถานบริการ การเยี่ยมบ้าน และผ่านกลไก อสม. รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย และคณะ⁽¹¹⁾ บุญสิตา เอี่ยมละออ และพัฒน์วดี พัฒนถาบุตร⁽¹²⁾ กนกพร สมพร และคณะ⁽¹³⁾ สิริประภา พลคำ และสุรเดช สำราญจิตต์⁽¹⁴⁾ และ Wanich Suksatan และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าความรู้ การรับรู้ หรือความ

รอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนาย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ส่วนเพศหญิงที่มี พฤติกรรมดีกว่าเพศชายอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ บางด้าน เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่พบในเพศหญิงน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วารินทร์ แผนเจริญ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนาย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำหรับอายุ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว สถานภาพ สมรส อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน รายได้ การอยู่อาศัย โรค ประจำตัว และทัศนคติ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Servet Kalyoncuo และ Pinar Tekinsoy Kartın⁽¹⁷⁾ Fan and Yu Sheng⁽¹⁸⁾ และ Mohammad Rababa และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบ ความสัมพันธ์ของอายุ โรคประจำตัว รายได้ หรือสถานภาพ สมรสกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความแตกต่าง ดังกล่าวอาจเกิดจากบริบทพื้นที่และลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่างที่แตกต่างกัน ส่วนทัศนคติที่ไม่พบความสัมพันธ์ อาจเกิดจาก Ceiling effect เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี ทัศนคติระดับมากถึงร้อยละ 97.48 ทำให้คะแนนมีความ แปรปรวนต่ำและลดความสามารถในการตรวจพบ ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ทั้งนี้ การศึกษามีข้อจำกัดจาก ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสูงอายุ ซึ่งบางรายอาจมีข้อจำกัด ด้านการได้ยิน ความจำ และการสื่อสาร และการศึกษาเป็น แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) จึงสามารถ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ แต่ไม่สามารถสรุป ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้

5. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนใหญ่มี ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ มาก และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับมาก ร้อยละ 73.95 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และเพศหญิง ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบาย บริบทของพฤติกรรมได้ว่า อาหารพื้นถิ่นอีสาน เช่น ต้ม นึ่ง ปั่น ลาบ และก้อย สามารถเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเมื่อ รับประทานร่วมกับผักและควบคุมปริมาณข้าวและของ หวาน ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวจากกิจวัตรประจำวันและ

กิจกรรมทางสังคม แต่ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกาย อย่างเพียงพอ ปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น ฟันผุและมีฟัน เหลือน้อย มีความเกี่ยวเนื่องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงควรส่งเสริมการแปรงฟันที่ถูก วิธีตั้งแต่เด็ก ทั้งนี้ ระบบบริการปฐมภูมิ กลไก อสม. ครอบครัว และโรงเรียนผู้สูงอายุ มีส่วนสนับสนุนการได้รับความรู้และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิจัยแบบผสมผสานช่วยให้เห็นทั้งปัจจัยที่ สัมพันธ์กับพฤติกรรมและบริบทที่อธิบายการเกิดพฤติกรรม โดยความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ และสามารถถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติผ่านการ สนับสนุนของครอบครัว อสม. และหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาจึงสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและระบบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติด สังคม โดยเน้นการทำงานของทีมสหวิชาชีพ การพัฒนา ศักยภาพ อสม. และการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการสูงวัยอย่างมีสุขภาพและ ลดความเสี่ยงต่อการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาผู้สูงอายุใน พื้นที่อื่นเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านบริบท ควร พัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการวิจัย เชิงทดลอง และควรมีการติดตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องและการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.ศรีโค อสม. ตลอดจนผู้สูงอายุในตำบลเมืองศรีโคทุกท่าน ที่กรุณาให้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf.

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือการดำเนินงานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2568].
แหล่งข้อมูล: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1562921912-236_0.pdf.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ดูแลผู้สูงอายุอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2568].
แหล่งข้อมูล: <https://prgroup.hss.moph.go.th/medias/article/5141-9-ด้านสำคัญ-ดูแลผู้สูงอายุอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี>.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2568]. แหล่งข้อมูล :
https://skko.moph.go.th/dward/document_file/deformed/common_form_upload_file/20210114141604_885356500.pdf
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2568].
แหล่งข้อมูล : <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/elderlybehav?year=2025&kid=90>.
6. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
7. Daniel WW, Chad CL. Biostatistics a foundation for analysis in the health Sciences. 10th ed. Hoboken: Wiley; 2013.
8. Bloom, B.S. Taxonomy of Education Objectives: The classification of education goal. New York : Longman; 1956.
9. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall ; 1977.
10. จำเนียร จวงตระกูล, อรพินท์ บุญสิน, จารุกัญญา อุดานนท์, ลัดดาวัลย์ สำราญ. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์แก่นสาร: แนวทางปฏิบัติสำหรับนักวิจัยใหม่. วารสารสมาคมรัฐประศาสนศาสตร์แห่งประเทศไทย 2567; 6(2):15-29.
11. สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย, มงคล นราศรี, นัชชา ยันติ, ธนศิลป์ สลืออ่อน. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2569; 42(1):93-103.
12. บุญสิตา เอี่ยมละออ, พัฒนาดี พัฒนากบุตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2568;7(3):120-33.
13. กนกพร สมพร, ทศพร ชูศักดิ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ธนศิลป์ สลืออ่อน, นพดล ทองอร่าม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2566;3(3):93-106.
14. สิริประภา พลคำ, สุรเดช สำราญจิตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลนาจั่ว อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารเทคโนโลยีทางการแพทย์และสหเวชศาสตร์ 2568;1(2):1-14.
15. Suksatan W, Teravecharoenchai S, and Sarayuthpitak J. Determinants of the Health-Promoting Behaviors Among Community Dwelling Older Adults with Non-communicable Diseases During the Post-Covid-19 Era. Journal of Nursing and Midwifery Sciences. 2024;1(1):1-11.
16. วารินทร์ แผนเจริญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังยาว ตำบลดอนขุนห้วย

อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสภาการ
สาธารณสุขชุมชน 2567;6(3):69-82.

17. Kalyoncuo S, and Kartir PT. The relationship between active aging and healthy lifestyle behaviors of individuals aged 65 years and older: A cross-sectional study. Geriatric Nursing 2025;65:316-23.
18. Wu F, and Sheng Y. Social isolation and health-promoting behaviors among older adults living with different health statuses: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Sciences. 2021;8(3):304-09.
19. Rababa M, Al-Ali N, and Shaman A. Health promoting behaviors and associated factors among older adults: a narrative review. Working with Older People. 2023; 27(4):335–48.

