

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก*

ปภาดา ชมภูนิษฐ์ ปร.ด.** จูติพร แสงพลอย พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 70 คน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และคะแนน ADL มากกว่า 11 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาและประสบการณ์ 2) การเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผ่านชุดการเรียนรู้ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติ 4) การติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามเจตคติ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไค์สแควร์ และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ independent และ dependent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12.79$, $p<.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.43$, $p<.001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์สามารถช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ จึงควรมีการนำโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความรู้ เจตคติ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย PSRU-EC : 2021/004 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 19 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 กรกฎาคม 2568

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

อีเมล Chomphunit@gmail.com

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Effects of health promotion program on knowledge, attitudes, and health behaviors among older adults in Phitsanulok Province*

Paphadar Chomphunit Ph.D.** Thitiporn Seangploy M.N.S.***

Abstract

This quasi-experimental research employing a two-group pre-posttest design aimed to investigate the effects of a health promotion program on knowledge, attitudes, and health behaviors among older adults. The sample consisted of 70 older adults in Muang District, Phitsanulok Province, who were purposively selected based on inclusion criteria: aged 60-69 years and ADL scores greater than 11 points. They were equally divided into an experimental and a control group, 35 people in each group. The experimental group received a health promotion program based on Pender's model comprising: 1) health promotion based on wisdom and experience, 2) learning to promote health through learning modules, 3) knowledge exchange to reduce barriers to practice, and 4) monitoring of health-promoting behaviors. The control group received standard care according to Ministry of Public Health guidelines. The data collection tools included a demographic record form, a knowledge tests, an attitude questionnaire, and a health behavior questionnaire. Descriptive statistics were used for demographic data. The differences in demographic data between the experimental and control groups were analyzed using Chi-square statistics. The comparison of mean scores was analyzed using independent and dependent t-test statistics.

Results revealed that, after the intervention, the experimental group demonstrated statistically significantly higher mean scores in knowledge, attitude, and health behavior compared to before the experiment ($t=-12.79$, $p<.001$), as well as statistically significantly higher scores than the control group ($t=14.43$, $p<.001$). These findings indicated that Pender's health promotion program effectively enhances knowledge, attitudes, and health behaviors among older adults. The program should be implemented as a guideline for promoting health behaviors in the elderly. However, long-term health outcomes should be continuously monitored.

keywords: knowledge; attitudes; health promotion program; older adults; health behaviors

Ethical approval: PSRU-EC : 2021/004, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 19 March 2025, Revised 16 May 2025, Accepted 18 July 2025

*Research funding by Pibulsongkram Rajabhat University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Corresponding author

E-mail: chomphunit@gmail.com

***Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรรวม 66.13 ล้านคน พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 13.14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.78 ของประชากรรวม¹ ซึ่งมีจำนวนมากขึ้น ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด จึงทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด² ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ จากการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย ร้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ มีการรับประทานอาหาร ผัก และผลไม้ น้อยกว่าที่ควรจะเป็น มีผู้สูงอายุที่รับประทานผักทุกวันเพียง ร้อยละ 76 เท่านั้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไทยมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 25 และดื่มสุรา ร้อยละ 23 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม ควรให้มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีความจำเป็นที่ต้องสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ³ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีจำนวนประชากรทั้งหมด 2,525 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 360 คน คิดเป็นร้อยละ 14.26 และเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 14.45 และติดเตียงจำนวน 9 คน ร้อยละ 2.5⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า หลักการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พบบ่อย คือ แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al⁵ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า บุคคลสามารถเรียนรู้ ตัดสินใจ แก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความคิดและอารมณ์ 2) ความคิดและอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรมเป็นมโนทัศน์ที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย มโนทัศน์ย่อย 6 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมและอารมณ์ที่เกี่ยวข้อง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อสุขภาพในทางบวก โดยเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนเป็นแบบแผนการดำรงชีวิต จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จากแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมจึงมีการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพโดยให้มีความสอดคล้องกับภูมิปัญญาและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมาในอดีตร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อนำมาปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ ลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม มีการสาธิตและให้ผู้สูงอายุได้ทดลองฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติพร้อมทั้งการยกย่องเชิดชูให้กำลังใจ ร่วมกับกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตพื้นบ้าน การทำอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตโดยพระภิกษุสงฆ์ในชุมชน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยของปรีชา เกย์ไชย และคณะ⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการที่เกษียณอายุราชการโดยใช้แนวคิดของเพนเดอร์ในการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ⁷ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม

สุขภาพต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจากแนวคิดของเพนเดอร์มาใช้ทดลองกับผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยจึงประยุกต์โปรแกรมที่พัฒนามาจาก แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่สอดคล้องกับ บริบท และความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งในโปรแกรมนี้นี้ ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญา และประสบการณ์ 2) การเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผ่านชุดการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ในการปฏิบัติ ตัวเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดหาอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติ 4) การติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และจะมีกิจกรรมในการปฏิบัติร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ซึ่งโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว ผู้สูงอายุสามารถนำไปเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสุขแข็งแรงได้ด้วยตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

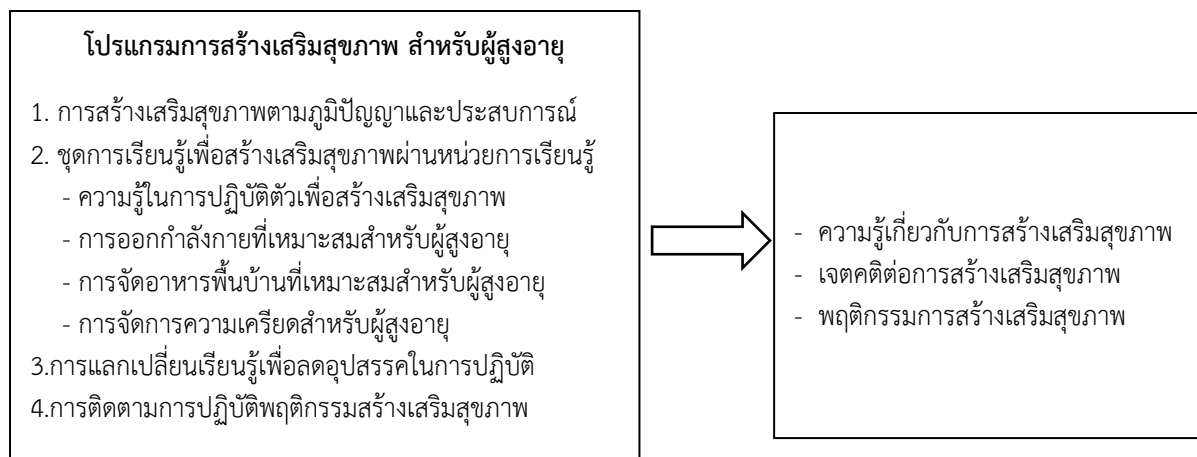
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁵ และจากงานวิจัยของ ปรีชา เกยไชย และคณะ⁶ ซึ่งมีจุดเน้นที่การส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยเลือกมโนทัศน์หลัก 3 ประการ ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล 2) ความคิดและอารมณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่เป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ผลลัพธ์ ด้านพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นความสามารถที่บุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อผล ในการสร้างเสริมสุขภาพ แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest–posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้วิจัย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 360 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4⁸ สำหรับการทดสอบ mean: difference between two independent means (two-group) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power)=0.95 ค่าความเชื่อมั่น (alpha)=0.05 และค่าอิทธิพล (effect size)=0.90 จากการวิจัยของปทุมวิฑูร กิตติกุล และคณะ⁹ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง รวม 70 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 60-69 ปี 2) มีคะแนน ADL มากกว่า 11 คะแนน 3) สื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง 4) มีการมองเห็นและการได้ยินชัดเจน และมีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพตามภูมิปัญญาและประสบการณ์ 2) ชุดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) แนวทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และ 4) แนวทางการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโปรแกรมทั้งหมดโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของหน่วยการเรียนรู้ในชุดการเรียนรู้นี้ และมีการคำนวณหาความตรงด้วยดัชนีความสอดคล้อง (content validity index: CVI)=0.89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม มี 4 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การดื่มกาแฟ/เครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มสุรา

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่กับไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย

การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย คะแนน 0-3 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ คะแนน 4-6 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 7-10 หมายถึง ความรู้ระดับสูง

2.3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดหาอาหารที่บ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเพนเดอร์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การตัดสินคะแนน¹⁰ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยมากกว่า ร้อยละ 80 มีเจตคติระดับสูง คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60-79 มีเจตคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับหรือน้อยกว่า ร้อยละ 60 มีเจตคติระดับต่ำ

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเพนเดอร์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การตัดสินคะแนน¹⁰ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนมากให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนน้อยให้ 2 คะแนน และปฏิบัติเป็นส่วนน้อยมากให้ 1 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยมากกว่า ร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับสูง คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60-79 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับหรือน้อยกว่า ร้อยละ 60 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับต่ำ

การสร้างเครื่องมือ ในข้อ 2.1-2.3 ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ส่วนข้อ 2.4 ดัดแปลงจากปาดา ชมภูนิทย์ และจิตติพร แสงพลอย¹¹ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ 4 ส่วน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.90, 0.88, 0.94 และ 0.95 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลหลายชุมพล จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น Kuder-richardson (KR-20) เท่ากับ 0.90 ส่วนเจตคติและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าอัลฟาเท่ากับ 0.85 และ 0.82 ตามลำดับ

โปรแกรมการวิจัย

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ร่วมกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติตามแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้โดยมีสื่อการสอนที่ใช้ ได้แก่ การบรรยายความรู้ร่วมกับสไลด์ ดวีวีดี การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแบบสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม กิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ พร้อมกับมีคู่มือชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการบันทึกทดลองปฏิบัติ โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ดังมีรายละเอียดของกิจกรรม คือ

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพตามภูมิปัญญาและประสบการณ์ เรื่องการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ชุดความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไวรัสโควิด2019 โดยใช้สไลด์ประกอบการบรรยาย การชมวีดิทัศน์ การเสนอตัวอย่าง การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตพื้นบ้าน ได้แก่ การรำมั่งคละ การรำเพลงพื้นบ้าน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้ สาธิต และสาธิตย้อนกลับ การทำอาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จัดทำเมนูอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อ และการแลกเปลี่ยนเมนูอาหารที่สอดคล้องกับวิถีชาวบ้าน

สัปดาห์ที่ 4 ให้ความรู้ เรื่องการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพจิต โดยพระภิกษุสงฆ์ที่พำนักในชุมชน สาธิต และสาธิตย้อนกลับวิธีการผ่อนคลายความเครียด ด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียดภายในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเสริมการให้กำลังใจ ในการปฏิบัติของผู้สูงอายุจากแกนนำของชุมชนที่เข้าร่วมในทีมวิจัย

สัปดาห์ที่ 7 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ นำเสนอ การสร้างเสริมสุขภาพตามชุดการเรียนรู้ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มเรื่องการออกกำลังกาย การทำอาหารและการจัดการความเครียด และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติมาพร้อมทั้งการแสดงความชื่นชมให้กำลังใจ ซึ่งความรู้ทั้งหมดผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติต่อบ้านได้

3. การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 จะมีการสรุปการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยพบในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมทั้งทำเอกสาร pre-test และนัดพบครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินความรู้และทำเอกสาร post-test แจกคู่มือและอธิบายการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ตามเอกสารรับรอง หมายเลข PSRU-EC: 2021/004 วันที่ 14 มีนาคม 2564 การเคารพสิทธิส่วนบุคคลและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยมีการอธิบายและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระในการตัดสินใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถปฏิเสธได้ หรือระหว่างที่เข้าร่วมวิจัย หากมีความประสงค์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำได้โดยไม่มีผลเสียใด ๆ และในการเขียนรายงานการวิจัยจะเปิดเผยข้อมูลตามความเป็นจริงในภาพรวมเท่านั้น สำหรับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมอบคู่มือชุดการเรียนรู้ และให้ข้อมูลต่าง ๆ ตามความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 8 หลังการตอบแบบสอบถามระยะหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 58.57 มีอายุ 61 ปี มากที่สุด จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 42.85 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 65.71 มีโรคประจำตัว จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 78.57

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (N=35) และกลุ่มควบคุม (N=35)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	สถิติทดสอบ	p-value
เพศ			$\chi^2 = 0.058$	0.810
- ชาย	14 (40.0%)	15 (42.9%)		
- หญิง	21 (60.0%)	20 (57.1%)		
อายุ (ปี)	61.26±5.34	60.89±5.78	t = 0.295	0.769
ประกอบอาชีพ			$\chi^2 = 0.273$	0.873
- ไม่ได้ทำ	5 (14.3%)	4 (11.4%)		
- เกษตรกร	22 (62.9%)	24 (68.6%)		
- รับจ้าง/ค้าขาย	8 (22.9%)	7 (20.0%)		
ระดับการศึกษา			$\chi^2 = 0.387$	0.824
- ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	19 (54.3%)	21 (60.0%)		
- มัธยมศึกษา	11 (31.4%)	10 (28.6%)		
- สูงกว่ามัธยมศึกษา	5 (14.3%)	4 (11.4%)		

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง (N=35) และกลุ่มควบคุม (N=35) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	สถิติทดสอบ	p-value
โรคประจำตัว			$\chi^2 = 0.643$	0.958
- ไม่มี	8 (22.9%)	7 (20.0%)		
- ความดันโลหิตสูง	14 (40.0%)	15 (42.9%)		
- เบาหวาน	7 (20.0%)	8 (22.9%)		

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะพื้นฐานที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่ศึกษา แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของการทดลอง เนื่องจากมีคุณลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลอง (N=35)

การสร้างเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t-Statistics	p-Value
	M	SD	M	SD		
1. ความรู้	5.34	1.03	9.40	0.81	-21.62	<.001*
2. เจตคติ	51.79	10.32	61.14	6.29	-4.78	<.001*
3. พฤติกรรม	76.91	11.37	107.05	6.45	-12.79	<.001*

*p<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-21.62$, $p<.001$) คะแนนเฉลี่ยของ เจตคติการสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t=-4.78$, $p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-12.79$, $p<.001$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (N=35)		กลุ่มควบคุม (N=35)		t-Statistics	p-value
	M	SD	M	SD		
1. ความรู้	9.40	0.81	5.54	1.82	11.45	<.001*
2. เจตคติ	61.14	6.29	52.97	10.13	4.05	<.001*
3. พฤติกรรม	107.05	6.45	76.54	10.71	14.43	<.001*

*p<.001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=11.45$, $p<.001$) คะแนนเฉลี่ยของ เจตคติการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.05$, $p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการ

การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.43$, $p<.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพฯ นี้ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากงานวิจัยของ ปรีชา เกยไชย และคณะ⁶ โดยที่โปรแกรมนี้มีการนำชุดการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 3) การจัดอาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ 4) การจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งชุดการเรียนรู้นี้พัฒนา มาจากความต้องการของผู้สูงอายุร่วมกับ ภูมิปัญญาพื้นบ้านของบริบทที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ กลุ่มทดลอง จึงสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายและสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และในโปรแกรมมีกิจกรรมการทดลองปฏิบัติ ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มที่ได้จากการหลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จ และนอกจากนั้น ยังได้รับรับความร่วมมือจากแกนนำชุมชนมาร่วมช่วยกันในการดำเนินกิจกรรม และการดำเนินกิจกรรม มีเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 7 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 8 เป็นการ สรุปผลการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผลการศึกษาของกลุ่มทดลอง พบว่ามี ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงขึ้น กว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $<.001$ และสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ $<.001$ ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายตามกิจกรรมของการใช้ชุดความรู้การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การสอนแบบการเห็นตัวอย่างจากของจริง พร้อมทั้งมีการเสนอความคิดเห็นจากประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมอบรม และได้รับฟังการบรรยายที่มีรูปภาพและการเคลื่อนไหวจากของจริงทำให้ผู้ฟังมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และมีการบรรยายความรู้ในการป้องกัน โรคโควิด-19 2019 รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติต่อไปและเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติ พฤติกรรม นอกจากนี้ ยังกระตุ้นให้เกิดเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน และร่วมกับใช้เทคนิค การเรียนรู้มีส่วนร่วมในระหว่างสอนด้วย เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเพื่อเป็นการเสริมแรง ในการปฏิบัติพฤติกรรม

2. การสาธิตการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็น ถึงการกระทำ กระบวนการ ขั้นตอน และ วิธีการอย่างชัดเจนและได้ทดลองปฏิบัติ จึงทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ การรับรู้ อุปสรรคของการกระทำ ซึ่งทำให้บุคคลมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ และรู้สึกว่ามีอุปสรรคน้อยและสามารถผ่านปัญหาและอุปสรรคไปได้ รวมทั้งช่วงฝึกกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ทางบวกในการปฏิบัติกิจกรรม สังเกตจากพฤติกรรมของกลุ่มทดลองในขณะสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ กลุ่มทดลองมีความสนุกสนานและร่วมกันฝึกปฏิบัติ อาจทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งหมดถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความต่อเนื่องได้

3. การจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม เป็นกระบวนการให้บุคคลมีการวางแผนและ กลวิธีที่เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลองได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นและตัดสินใจร่วมกัน ในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีวิธีการแก้ไขปัญหาอุปสรรค และการเสนอทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งมีการเสริมแรงภายใน สมาชิกกลุ่มกันเอง เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง

4. การติดตามการปฏิบัติกิจกรรมจากทีมงานและแกนนำของชุมชนที่ทีมงานได้เตรียมไว้ เป็นการกระตุ้นเตือนในด้านความรู้ และการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะ ๆ ส่งเสริมอิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคลโดยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมีอิทธิพลด้านสถานการณ์ในด้านการรับรู้ หรือความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้อการ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการเรียนรู้จากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ครอบครัว 3 โมโนมิติหลัก และการมีส่วนร่วมจากชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุภายใต้บริบทของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเนื่องจากการระบาดของโรคไวรัสโควิด 2019 มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไปจากเดิม การที่ผู้สูงอายุได้รับการเรียนรู้จากชุดการเรียนรู้นี้ จึงเกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคระบาดดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพที่แข็งแรง โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวหลังการเข้ากิจกรรมทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น มีการรับประทานอาหารที่บ้านที่เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับพื้นฐานตามความสามารถของตนเองได้อย่างถูกต้อง รู้จักวิธีการจัดการกับความเครียดตามแบบฉบับของชุมชนที่ไม่ยุ่งยากและสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน และสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ มีความไว้วางใจกับสมาชิกในกลุ่ม มีการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่มากขึ้น² และสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ ปรีชา เกยไชย และคณะ⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุราชการ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา โกศลวิจิตร และคณะ¹² ที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้การบรรยายประกอบสื่อสไลด์ การเสนอตัวแบบที่ดี การสาธิต การฝึกปฏิบัติและการอภิปรายกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรตะวัน ธนรุ่ง และคณะ¹³ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของศุภาติ เชมวุฒิพงษ์¹⁴ ที่ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่า รูปแบบดังกล่าวมีกระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาของงานวิจัยนี้ พบว่ามี ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ คือ งานวิจัยนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่มีคะแนนมากกว่า 11 ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อย โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ครอบครัว 3 โมโนมิติหลักนี้ จึงเหมาะสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น จึงขอเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มวัยต่าง ๆ

2. ด้านการวิจัย เช่น การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยต่าง ๆ การศึกษาติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างศึกษา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอมทองที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการทำศึกษาวิจัย

References

1. National Statistical Office. Population statistics from the population register (monthly) [internet]. Phatumthanee: National Statistical Office; 2021 [updated 2025; cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData> (in Thai)
2. Noradechanunt C, Kiantah W, Sankum P, Konkaew P, Boonprasert P, Mansiri R. Effects of the curriculum for enhancing competencies in health promotion of the elderly by community participation on functional fitness and quality of life. *Journal of Science and Technology Phetchabun Rajabhat University* 2023;3(2):23-35. (in Thai)
3. Boonsatean W, Reantippayasakul O. Health literacy: situation and impacts on health status of the older adults. *APHEIT Journal of Nursing and Health* 2020;2(1):1-19. (in Thai)
4. Chomphunit P, Boonprasert P, Mansiri R. Development of health care models for dependent older adults and individuals with disabilities through community participation in Chom Thong Sub-District, Mueang, Phitsanulok. *Journal of Nursing and Therapeutic Care* 2024;42(2):1-14. (in Thai)
5. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. *Health promotion in nursing practice*. 7th ed. New Jersey: Pearson Education;2015.
6. Koeychai P, Kangchai W, Rattanajarana S. Effects of health promoting program on health behavior among retired government officers. *Journal of Health and Nursing Research* 2020;36(1):55-65. (in Thai)
7. Phothipim M, Ketbumroong V, Norkaew J, Kujapun J. The effectiveness of health behavioral promotion program on knowledge, attitude and practice among members of elderly club, Nakhon Ratchasima Province. *The Public Health Journal of Burapha University* 2019;14(1):119-30. (in Thai)
8. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175-91.

9. Kittikul P, Pasuwan D, Waelveerakub W. Effect of a knowledge management program on counseling behavior regarding breastfeeding among nursing students: a post-pandemic of coronavirus 2019 outbreak in Nakhon Pathom Province. *J Prachomklao Coll Nurs Phetchaburi Prov* 2024;7(2):75-89. (in Thai)
10. Best J, John W. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall;1977.
11. Chomphunit P, Seangploy T. Development of the health promotion knowledge package for older people during COVID-19 pandemic, Tambon Chom Thong, Amphoe Mueang, Phitsanulok Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2022;5(1):26-41. (in Thai)
12. Kosalvit T, Kanyakan K, Bunyanirawat N, Srithamma T. The effect of health promotion program for patients of diabetes mellitus at Dongbang Health Promoting Hospital, Muang District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences* 2019;3(1):26-37. (in Thai)
13. Thanaroong P, Bunmachu D, Meethong C. Effectiveness of health behavior promotion program for elderly in Ratchathani-Asoke community, Bung Mai Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022;16(1):17-29. (in Thai)
14. Khemwuttipong S. Effect of health promotion model on the quality of life of the elderly with chronic non-communicable diseases in Trang Province. *The Public Health Journal of Burapha University* 2023;18(1):51-63. (in Thai)