

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร
Factors Predicting Health-Promoting Behaviors of Older Adults
in Prawet District, Bangkok

สุภิญญา บุญศรีบาดาล¹ มลีนี สมภพเจริญ^{2*} ชวภณ สารข้าวคำ³
Supinya Bunsribadan¹ Malinee Sompopcharoen^{2*} Chawapon Sarnkhaowkhom³

¹นักศึกษาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
¹Master of Science Student, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

²รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
²Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
³Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: malinee.som@mahidol.ac.th

*Corresponding author: malinee.som@mahidol.ac.th

Received 9 September 2024 • Revised 10 February 2025 • Accepted 19 February 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ **วิธีการ:** เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60-79 ปี จำนวน 314 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค อยู่ระหว่าง .74-.92) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน **ผลการศึกษา:** ผู้สูงอายุร้อยละ 55.40 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 58.51$, $SD = 8.66$) ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 60.20 ($R^2 = .60$, $p < .05$) ได้แก่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ ($\beta = .27$, $p < .05$) ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = .24$, $p < .05$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .22$, $p < .05$) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ($\beta = .22$, $p < .05$) การมีโรคประจำตัว ($\beta = -.19$, $p < .05$) และ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ($\beta = .16$, $p < .05$) **สรุป:** ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักในสุขภาพ และการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

Objectives: This study aimed to 1) study the mean and level of personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health-promoting behaviors of older adults in the Prawet District, Bangkok. 2) identify factors predicting health-promoting behaviors of older adults. **Methods:** This study was a cross-sectional predictive correlational design. The sample consisted of 314 older adults aged 60-79, multi-stage random sampling, and data were collected from questionnaires: personal factors, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health-promoting behaviors. The questionnaires were tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .74, .72, .87, .75, .92, .81 and .87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, correlational analysis, and stepwise multiple regression analysis. **Results:** This study found that 55.40 percent of older adults had health-promoting behavior of moderate level, ($M = 58.51$, $SD = 8.66$), the referred factors forecast older adults' health-promoting behavior at 60.2 percent ($R^2 = .60$, $p < .05$), including the health-promoting policy of each service center ($\beta = .27$, $p < .05$), attitude towards health-promotion ($\beta = .24$, $p < .05$), social support ($\beta = .22$, $p < .05$), receiving information from various media ($\beta = .16$, $p < .05$), congenital diseases ($\beta = -.19$, $p < .05$), and access to public health services ($\beta = .16$, $p < .05$). **Conclusion:** The study results can be applied to organize activities to promote the health for older adults by forming the health-promoting policy of the organization, supporting the older adults to be aware of their responsibility in promoting their own health, and providing a place that is conducive to the implementation of health-promoting activities in the community for the older adults to be able to take care of themselves continuously.

Keywords: predicting factors; health-promoting behaviors; older adults; PRECEDE-PROCEED Model

ความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานของไทยที่มีหน้าที่เกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุลดลง ประกอบกับประชากรวัยแรงงานส่วนหนึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุ¹⁻³ อันนำมาซึ่งปัญหาที่สำคัญ คือ งบประมาณในการดูแลและรักษาสุขภาพ⁴ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมสภาพร่างกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง และเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น⁵⁻⁷ จากข้อมูลประชากรปี พ.ศ. 2566 พบว่า กรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุจำนวน 1,210,828 คน ซึ่งถือเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 3 แขวง ได้แก่ แขวงประเวศ แขวงหนองบอน และแขวงดอกไม้⁸ ที่มีประชากรเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 32,239 คน⁹ แนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นไปได้ที่จำนวนผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น⁴ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาที่พบบ่อย เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ นอนไม่หลับ หลงลืม คิดช้าลง⁵ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะต้องมีการดูแลสุขภาพให้

มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ให้เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยไม่รุนแรง และสามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้

การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behaviors) คือการทำให้ตนเองมีสุขภาพดีหรือธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี⁹⁻¹¹ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ (health status) และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ พอเพียงกับร่างกาย 2) การออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-20 นาที 3) การจัดการความเครียด เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นกับหลาน 4) ไม่สูบบุหรี่ และ 5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์^{10,11} นอกจากนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal factors หรือ individual cognitive perceptual factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างมีเหตุผล นำไปสู่การ

กระทำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ทักษะคิด เจตคติ และความเชื่อ รวมไปถึงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ¹² 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยภายนอก (external factor) ที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรม ช่วยให้การแสดงพฤติกรรมของบุคคลเป็นไปได้ง่ายขึ้น เช่น การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ทักษะที่ช่วยให้แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ หรือทรัพยากรที่เกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรม¹³ และ 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมแล้ว หรือเป็นสิ่งที่ได้รับจากบุคคลอื่น¹⁴⁻¹⁶ การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้² ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง¹² ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงด้านบริการสาธารณสุข¹³ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ¹⁴

สำหรับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษาของ Rasiri and Songthap¹² พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 62.20 การศึกษาของ Karakhuean, Songloed and Junwin¹³ พบว่า ทักษะต่อการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 75.60 และการศึกษาของ Chimphitak, et al.¹⁴ พบว่า การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61.50 จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (health-promoting behaviors) ประกอบด้วยหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลหรือคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก¹⁷

สำหรับข้อมูลการเข้ารับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตประเทศ ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้นในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 12¹⁸ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของ

ความสามารถในการรับรู้และเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ^{10,11} จากการลงสำรวจพื้นที่ในชุมชนของผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่พบว่า ทางเข้าออกชุมชนส่วนใหญ่เป็นถนนเลียบคลอง แออัดคับแคบ มีน้ำท่วมขังช่วงฤดูฝน อากาศไม่ถ่ายเท การเดินทางเข้าออกได้โดยรถจักรยานยนต์และเดินทางเท้า การจับจ่ายซื้อของอุปโภคบริโภคจะซื้อได้จากรถฟุ่มพวง รถจักรยานยนต์ที่มีสิ่งของพ่วงด้านข้างมาจอดขายในชุมชน ชุมชนแออัดไม่มีพื้นที่เพียงพอต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ และไม่พบการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ มีเพียงโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (preventive long-term care) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาสอนสาธิตในชุมชน ปีละ 1 ครั้ง¹⁸ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งบุคลากรด้านสุขภาพยังมีจำนวนไม่เพียงพอในการลงพื้นที่และทำกิจกรรม การเดินทางเข้าออกชุมชนมีรถสองแถว และรถจักรยานยนต์รับจ้างให้บริการ แต่ให้บริการไม่ถึงที่พักอาศัย ต้องเดินออกมาขึ้นรถสองแถวหรือรถจักรยานยนต์รับจ้างอีกช่วงหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกต่อการเดินทางเข้าออกชุมชน ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเลือกซื้ออาหาร ขาดการออกกำลังกาย อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เปื่อหน่ายในการมีชีวิตอยู่ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม ไม่ดูแลตนเอง บางครั้งหลงลืม ความจำไม่ค่อยดี สมาธิสั้นลง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าได้^{7,18} ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่เขตประเทศ กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model¹⁷ ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. 2 ส.¹⁹ ในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลและแนวทางในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเทศ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมใดบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเทศ กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (cross-sectional predictive correlational design)

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเวศ กรุงเทพมหานครได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ¹²⁻¹⁶ ร่วมกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model มาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเลือกปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะบุคคลที่สัมพันธ์หรือมีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ¹² ($\beta = -.15, p < .05$) และ ทักษะต่อการส่งเสริมสุขภาพ¹³ ($\beta = .61, p < .05$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ($\beta = .24, p < .05$) และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ²⁰ ($\beta = .11, p < .05$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ²¹ ($\beta = .12, p < .05$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม^{15,16} ($\beta = .35, p < .05$) ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้ตามแนวคิดหลัก 3 อ. 2 ส.¹⁹ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เข้าใจง่าย สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงตามสภาพบริบท ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริโภคอาหาร คือ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ รับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน การดื่ม

น้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และการหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด 2) การออกกำลังกาย คือ การเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม เช่น ยืดเหยียด เดินเร็ว โยคะ รำไทเก็ก เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการแข่งขันออกแรงเกินกำลัง เกร็ง เบ่ง ยกน้ำหนัก การอยู่ในสถานที่ร้อน อากาศไม่ถ่ายเท อยู่กลางแจ้ง 3) การจัดการความเครียด คือ การพบปะพูดคุยกับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ และทำงานอดิเรก เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ 4) การสูบบุหรี่ คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ และ 5) การดื่มสุรา คือ พฤติกรรมการดื่มหรือไม่ดื่มสุรา (ภาพ 1)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยในชุมชนเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 32,239 คน⁸

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร จำนวน 32,239 คน⁸ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา ดังนี้ 1) อายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน 4) ไม่มีความบกพร่องทางจิต และ 5) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยหรือมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตพื้นที่

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีหาตามสูตรการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร Daniel²² ดังนี้

$$n = \frac{NZ \frac{Z}{2} P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z \frac{Z}{2} P(1-P)}$$

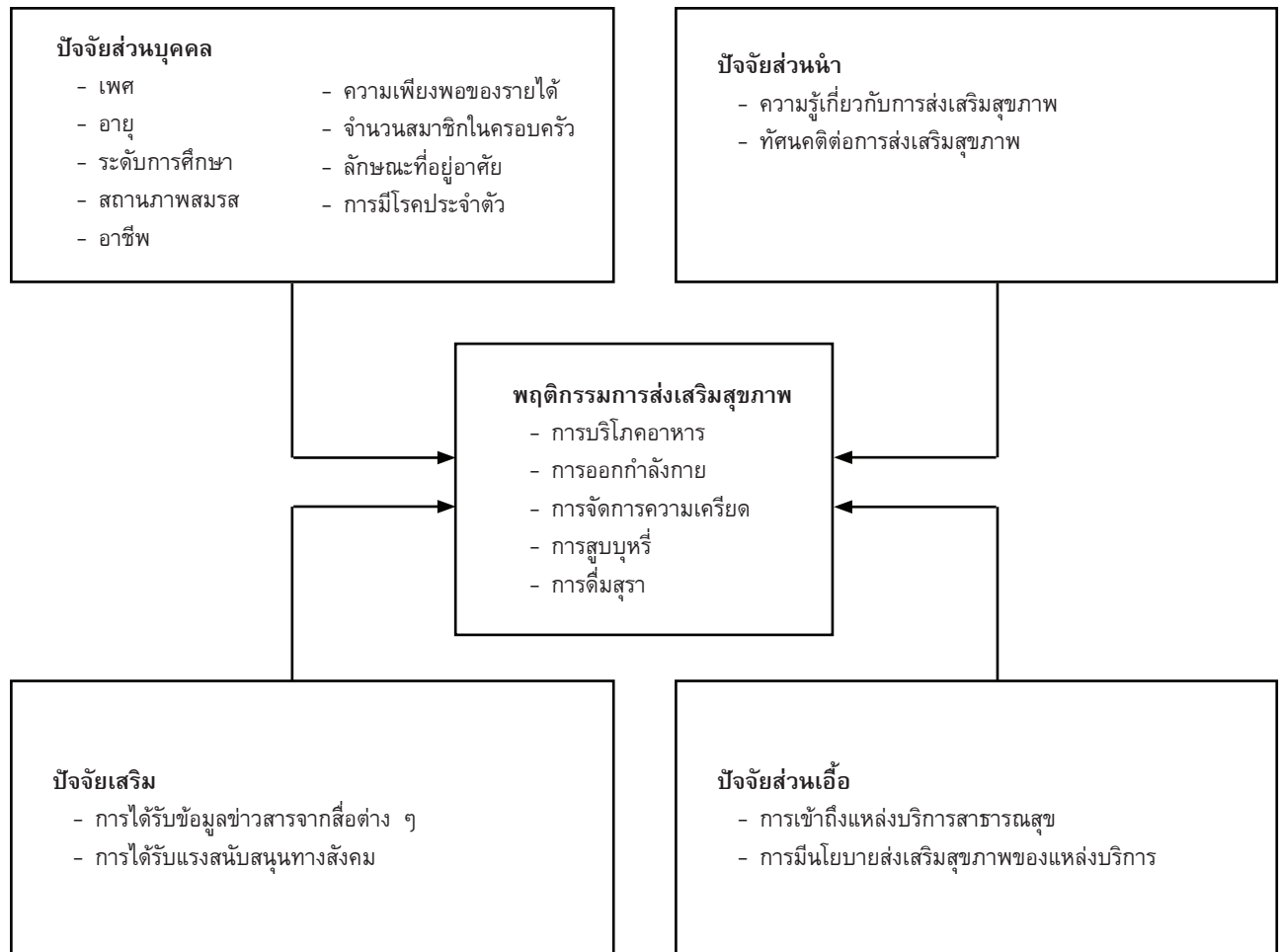
โดยที่ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ประชากร

P คือ ค่าสัดส่วนที่นำมาใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ในการศึกษา

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(32,239)(1.96)2(0.71)(1-0.71)}{(32,239-1)(0.05)^2 + (1.96)2(0.71)(1-0.71)} = 314 \text{ คน}$$



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โดยผู้วิจัยได้กำหนดค่า P เท่ากับ .71 ซึ่งเป็นค่าร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากงานวิจัยที่ผ่านมาเนื่องด้วยเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุและศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ²³ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ และค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 314 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกแขวงการปกครอง โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ จากทั้งหมดจำนวน 3 แขวง ประกอบด้วย แขวงประเวศ แขวงหนองบอน และแขวงดอกไม้ ให้เหลือ 1 แขวง คือ แขวงดอกไม้ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกชุมชนจากแขวงดอกไม้ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 10 ชุมชน โดยการสุ่มแบบ

simple random sampling สุ่มได้ชุมชนจำนวน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนม้าทอง ชุมชนกระทุ่มแจ้ และชุมชนคลองปึกหลัก โดยชุมชนม้าทองและชุมชนกระทุ่มแจ้เป็นชุมชนขนาดกลางมีประชากรจำนวน 1,161 คน และ 1,358 คน ตามลำดับ ส่วนชุมชนคลองปึกหลักเป็นชุมชนขนาดใหญ่มีประชากรจำนวน 2,486 คน ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละชุมชน จากรายชื่อครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) เพื่อให้ได้ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละชุมชน ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างชุมชนม้าทอง จำนวน 73 คน กลุ่มตัวอย่างชุมชนกระทุ่มแจ้ จำนวน 85 คน และกลุ่มตัวอย่างชุมชนคลองปึกหลัก จำนวน 156 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 314 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2024-015 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 13 มีนาคม ถึง 20 เมษายน 2567 จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษานี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาแต่อย่างใด หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว มีสิทธิในการออกจากการวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ถูกกระทำในภาพรวม และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายใน 2 ปี หลังงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. นำโครงร่างการวิจัยเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาเห็นชอบ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารที่รับรอง เลขที่ MUPH 2024-015 เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567

2. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย นำส่งให้กับผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย จากนั้นประสานเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อเตรียมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล

3. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 9 คน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) จำนวน 6 คน โดยผู้ช่วยวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัคร ออส. ทำหน้าที่อธิบาย ชี้แจงข้อคำถามให้กับผู้สูงอายุ ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัย

5. จัดทำแผนในการลงพื้นที่ ได้แก่ การวางแผนจัดเก็บข้อมูลตามชุมชนเป้าหมาย

ขั้นตอนการวิจัย

1. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชุมชนเป้าหมายตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพ โดยนำเสนอเอกสาร ชี้แจงเอกสารยินยอมให้ทำการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนการเก็บรักษาความลับของข้อมูลแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือ

2. เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายข้อสงสัยเพิ่มเติม หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เข้าใจคำถามหรือวิธีตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเฉลี่ย 60 นาทีต่อคนต่อหลังคาเรือน

3. ระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามในประเด็นที่สงสัย และหากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สะดวกใจสามารถยุติการตอบได้ตลอดเวลา

4. หลังเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูล หากพบการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยเพิ่มเติม และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามไม่ถูกต้อง หลังเก็บข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยได้กล่าวขอบคุณ และเดินทางเก็บข้อมูลในครัวเรือนอื่นต่อไปจนครบถ้วนตามกำหนด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 77 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบจำนวน 9 ข้อคำถาม (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ จำนวน 20 ข้อคำถาม ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของ Suksamai²⁴ โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อย ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง) ตรวจสอบความเชิงตามเนื้อหา (content

validity index: CVI) 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการทดลองใช้ (try out) เท่ากับ .74 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับสูง (8-10 คะแนน)²⁵

2.2 ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพของ Suksamai²⁴ โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านชอบออกกำลังกายมากกว่านั่งอยู่เฉย ๆ) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .72 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (10-33 คะแนน) ระดับปานกลาง (34-41 คะแนน) และระดับสูง (42-50 คะแนน)²⁵

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ จำนวน 14 ข้อคำถาม ดังนี้

3.1 การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขของ Suksamai²⁴ โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น การเดินทางจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพมีความสะดวก) ตรวจสอบค่า CVI 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ .94 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (6-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-24 คะแนน) และระดับสูง (25-30 คะแนน)²⁵

3.2 การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการของ Suksamai²⁴ โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ คือ มี และไม่มี (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น มีบริการตรวจสุขภาพประจำปี) ตรวจสอบ CVI จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน) ระดับสูง (7-8 คะแนน)²⁵

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม จำนวน 14 ข้อคำถาม ดังนี้

4.1 การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ คือ ได้รับประจำ ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่ได้รับ (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ไลน์กลุ่ม เฟซบุ๊ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (11-14 คะแนน) และระดับสูง (15-18 คะแนน)²⁵

4.2 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของ Suksamai²⁴ โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ คือ ได้รับประจำ ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่ได้รับ (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านได้รับกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการครบ 5 หมู่) ตรวจสอบ CVI จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อ

ผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ .88 และ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (15-18 คะแนน) และระดับสูง (19-24 คะแนน)²⁵

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับตัดแปลงข้อคำถามจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Suksamai²⁴ โดยขออนุญาตและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นที่เรียบร้อยแล้วเช่นเดียวกัน ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ – ไม่เคยปฏิบัติ (ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ท่านรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย เช่น ปลา ไข่) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามแต่ละข้อผ่านการพิจารณาระดับ 3 หรือ 4 โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87 แปลผล 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-47 คะแนน) ระดับปานกลาง (48-63 คะแนน) และระดับสูง (64-80 คะแนน)²⁵

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อทดสอบ multi-collinearity ก่อนจะวิเคราะห์ด้วย regression ด้วยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบ correlation โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติและตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงโดยพิจารณาจากแผนภาพฮิสโตแกรมและ P-P plot
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (normal distribution) 2) ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายมีตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปและมีระดับการวัดเป็นอันตรภาคชั้น

(interval scale) หรืออัตราส่วน (ratio scale) 3) ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายมีระดับการวัดนามบัญญัติ (nominal scale) ต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย และโรคประจำตัว 4) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ตัวแปรอิสระเป็นอิสระจากกัน ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในอยู่ระหว่าง .10 - .60 5) พิจารณาค่า tolerance อยู่ระหว่าง .53 - .83 VIF อยู่ในช่วง 1.10 - 1.80 และค่า Durbin-Watson = 1.79 และ 6) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) อยู่ในช่วง -3 ถึง 3 จึงไม่เกิดภาวะ autocorrelation²⁵ ซึ่งจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมดพบว่า เป็นไปตามข้อตกลง จึงทำการวิเคราะห์โดย stepwise ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลได้ปรับเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ (หญิง-อ้างอิง) ระดับการศึกษา (ประถมศึกษาและต่ำกว่า-อ้างอิง) อาชีพ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ-อ้างอิง) ความเพียงพอของรายได้ (ไม่เพียงพอ-อ้างอิง) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (จำนวน 1 ถึง 2 คน-อ้างอิง) ลักษณะที่อยู่อาศัย (ห้องเช่า/ห้องแถวหลายชั้น-อ้างอิง) และโรคประจำตัว (ไม่มีโรคประจำตัว-อ้างอิง) โดยผู้วิจัยกำหนดตัวแปรอ้างอิง เป็น 0

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร จำนวน 314 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.24 และเพศชาย ร้อยละ 33.76 ช่วงกลุ่มอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 56.37 และกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 43.63 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.59 รองลงมาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 15.29 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.24 รองลงมาคือ หม้าย หย่า หรือแยก ร้อยละ 30.57 และโสด ร้อยละ 3.18 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 25.80 รองลงมาคืออาชีพพ่อบ้าน แม่บ้าน ร้อยละ 17.83 และร้อยละ 20.06 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 48.73 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 34.71 ในครอบครัวมีสมาชิกจำนวน 3-5 คน ร้อยละ 56.37 รองลงมาคือจำนวน 2 คน ร้อยละ 31.21 ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 68.80 รองลงมาคือห้องเช่า ร้อยละ 28 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.07 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.93 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (N = 314)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	106	33.76
- หญิง	208	66.24
อายุ		
- 60-69 ปี	137	43.63
- 70-79 ปี	177	56.37
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	40	12.74
- ประถมศึกษา	162	51.59
- มัธยมศึกษาตอนต้น	48	15.29
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	23	7.32
- อนุปริญญา/ปวส.	18	5.73
- ปริญญาตรี	23	7.32
สถานภาพสมรส		
- โสด	10	3.18
- สมรส	208	66.24
- หม้าย/หย่า/แยก	96	30.57
อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	63	20.06
- ข้าราชการเกษียณ	19	6.05
- รับจ้าง	55	17.52
- ค้าขาย	81	25.80
- ธุรกิจส่วนตัว	33	10.51
- พ่อบ้าน/แม่บ้าน	56	17.83
- อื่น ๆ ได้แก่ รับเลี้ยงเด็ก ขับรถสองแถว เก็บของเก่าขาย	7	2.23
ความเพียงพอของรายได้		
- ไม่เพียงพอ	109	34.71
- เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	153	48.73
- เพียงพอและเหลือเก็บ	52	16.56
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
- อยู่ลำพัง	3	.96
- จำนวน 2 คน	98	31.21
- จำนวน 3-5 คน	177	56.37
- มากกว่า 5 คน	36	11.46

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
- บ้านเดี่ยว	216	68.80
- ห้องเช่า	88	28.00
- ห้องแถวหลายชั้น	10	3.20
การมีโรคประจำตัว		
- ไม่มี	72	22.93
- มี	242	77.07

2. ระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 ปัจจัยนำ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 8.19$, $SD = 1.78$, $Min = 3$, $Max = 10$) ในส่วนของด้านทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.55$, $SD = 3.26$, $Min = 35$, $Max = 49$)

2.2 ปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข อยู่ในระดับสูง ($M = 25.93$, $SD = 3.59$, $Min = 16$, $Max = 30$) ด้านการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ

ของแหล่งบริการของผู้สูงอายุ พบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 6.69$, $SD = 1.67$, $Min = 0$, $Max = 8$)

2.3 ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($M = 15.77$, $SD = 3.09$, $Min = 8$, $Max = 18$) ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($M = 17.57$, $SD = 3.57$, $Min = 8$, $Max = 24$)

2.4 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 58.51$, $SD = 8.66$, $Min = 35$, $Max = 74$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ระดับของคะแนนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($N = 314$)

ตัวแปร	M	SD	Min	Max	การแปลผล	1	2	3	4	5	6	7
1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (p)	58.51	8.66	35	74	ปานกลาง	1.00						
2. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (P)	8.19	1.78	3	10	สูง	.31	1.00					
3. ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ (P)	41.55	3.26	35	49	ปานกลาง	.50	.25	1.00				
4. การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข (E)	25.93	3.59	16	30	สูง	.52	.38	.29	1.00			
5. การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ (E)	6.69	1.67	0	8	สูง	.59	.14	.30	.50	1.00		
6. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ (R)	15.77	3.09	8	18	สูง	.51	.35	.27	.58	.46	1.00	
7. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (R)	17.57	3.57	8	24	สูง	.48	.23	.14	.36	.43	.27	1.00

$p < .05$

หมายเหตุ: (p) = ปัจจัยส่วนบุคคล, (P) = ปัจจัยนำ, (E) = ปัจจัยเอื้อ, (R) = ปัจจัยเสริม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงเชิงพหุ (multi-collinearity) (ตาราง 2)

4. อำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเทศ กรุงเทพมหานคร ได้อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยเรียงตามน้ำหนักในการทำนายได้ดังนี้ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ ($\beta = .27$) ทักษะติดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = .24$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .22$) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ($\beta = .16$) การมีโรคประจำตัว ($\beta = -.19$) และการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข ($\beta = .16$) สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 60.20 ($R^2 = .60$, $p < .05$) เมื่อพิจารณาทิศทางและน้ำหนักความสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์พบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวก ยกเว้นการมีโรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (N = 314)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
1. การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ (E)	1.40	.24	.27	5.86	<.001
2. ทักษะติดต่อการส่งเสริมสุขภาพ (P)	.63	.11	.24	5.71	<.001
3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (R)	.52	.10	.22	5.28	<.001
4. การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ (R)	.44	.13	.16	3.39	.001
5. การมีโรคประจำตัว (p)	-3.86	.81	-.19	-4.76	<.001
6. การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข (E)	.38	.12	.16	3.18	.002

F = 77.26, R = .78, $R^2 = .60$, Adj. $R^2 = .59$, SD = 5.53, df = 6, Durbin-Watson = 1.79, Constant = .26

หมายเหตุ: (p) = ปัจจัยส่วนบุคคล, (P) = ปัจจัยนำ, (E) = ปัจจัยเอื้อ, (R) = ปัจจัยเสริม, b = สัมประสิทธิ์ถดถอย, β = สัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตประเทศ กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.40 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมทั้ง 5 ด้าน ตามหลัก 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 58.51$, $SD = 8.66$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง^{20,26} ทั้งนี้อาจมีหลายสาเหตุ สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในชุมชนเขตประเทศ ซึ่งเป็นชุมชนเมืองกึ่งชนบท²⁷ และมีการอยู่อาศัยเป็นแบบชุมชนแออัด การเดินทางไม่สะดวก เข้า-ออกได้โดยรถจักรยานยนต์และเดินทางเท้าเป็นหลัก ด้วยทางเข้าออกชุมชนส่วนใหญ่เป็นถนนเลียบคลองที่ค่อนข้างแคบ ประกอบกับชุมชนไม่มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับการบริโภคอาหาร

พบว่า ผู้สูงอายุมักจับจ่ายซื้อของอุปโภคบริโภคจากรถเร่ขาย (รถพุ่มพวง) หรือรถจักรยานยนต์ที่มีสิ่งของพ่วงด้านข้างที่มาจอดขายในชุมชน ทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกซื้ออาหาร และความสดใหม่ของอาหาร ส่วนการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เบื่อหน่ายในการมีชีวิตอยู่ บางรายสูบบุหรี่ และดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด¹⁸ และหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว อาจนำมาซึ่งความรู้สึกไร้คุณค่า²⁶

2. ปัจจัยที่สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเทศ กรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตประเทศ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 1 ด้าน คือ การมีโรคประจำตัว ปัจจัยนำ 1 ด้าน คือ ทักษะติดต่อการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ 2 ด้าน คือ การเข้าถึงแหล่ง

บริการสาธารณสุข และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ และปัจจัยเสริม 2 ด้าน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการทำนาย ร้อยละ 60.20 ($R^2 = .60$, $p < .05$) สามารถอธิบายเรียงตามแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบ ($\beta = -.19$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rasiri and Songthap¹² ที่พบว่าโรคประจำตัวสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้¹⁹

ปัจจัยนำ พบว่า ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .24$, $p < .05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเขตประเวศ มีการรับรู้ถึงการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายครบ 5 หมู่ รู้จักเลือกรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองและช่วงวัยของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Karakhuean, Songloed and Junwin¹³ พบว่า ทักษะคิดในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .61$, $p < .05$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 75.60 อาจเป็นเพราะการมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ เห็นคุณค่าและประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี²⁰ อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แต่อาจไม่ปฏิบัติสม่ำเสมอก็เป็นได้ จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kunthu²⁹ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ปัจจัยเอื้อ พบว่า ปัจจัยเอื้อทั้งสองด้านสามารถ

ทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้โดยพบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุข สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .16$, $p < .05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเขตประเวศ มีความสะดวกในการเข้ารับบริการทางด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการรอคอยแต่ละจุดไม่นาน มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ สะดวกและรวดเร็วในการเข้ารับบริการ¹⁸ ดังเช่น การศึกษาของ Rasiri and Songthap¹² พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 62.20

ปัจจัยเอื้อด้านการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .27$, $p < .05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเขตประเวศ ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายของศูนย์บริการสาธารณสุข การตรวจคัดกรองความเสี่ยงทางด้านสุขภาพเบื้องต้น และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ¹⁸ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ข่าวสารทางด้านสุขภาพจากผู้นำชุมชน ดังเช่นการศึกษาของ Kunthu²⁹ ที่พบว่า การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 99 ($R^2 = .99$, $p < .05$) และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\beta = 1.66$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ อาจเป็นเพราะการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงกิจกรรมทางด้านสุขภาพและตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม พบว่า ปัจจัยเสริมทั้งสองด้านสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .16$, $p < .05$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเขตประเวศ ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ไลน์กลุ่ม เฟซบุ๊ก ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและเข้าใจง่ายขึ้น มีลูกหลานคอยให้คำแนะนำในการเล่นไลน์ เล่นเฟซบุ๊ก ให้คำแนะนำในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว¹⁵ สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพได้ดี ดังเช่นการศึกษาของ Chimphitak, et al.¹⁴ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 61.50

นอกจากนี้ ปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .22, p < .05$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเขตประเวศ ได้รับกำลังใจหรือคำชื่นชมในการปฏิบัติตัวจากบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตต่อไป ได้รับการช่วยเหลือด้านแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จากเพื่อนบ้าน เช่น คำแนะนำในการทำน้ำสมุนไพรเพื่อสุขภาพ รวมถึงคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี³⁰ ดังเช่นการศึกษาของ Rasiri and Songthap¹² ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .35, p < .05$) และร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 62.20

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนเมือง อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศได้ เนื่องจากความแตกต่างทางบริบท สังคม สิ่งแวดล้อม และความเป็นอยู่

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตประเวศ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเพิ่มนโยบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพที่จะสามารถเพิ่มระดับของการดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัจจัยเอื้อด้านการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี ปัจจัยนำด้านทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ และปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของแหล่งบริการ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้สูงที่สุด ดังนั้นผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งและชุมชน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริม สนับสนุนใน

เรื่องการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และสนับสนุนให้มีสถานที่ที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความนี้ โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของบทความวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การศึกษานี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อำนวยความสะดวก เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูล ส่งผลให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons (DOP). Situation of the Thai older persons 2022. 1 st ed. Bangkok: Amarin Corporations; 2023. Thai.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2021. 1 st ed. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2022. Thai.
3. Department of Economic and Social Affairs Population Division. World population prospects 2022. New York: United Nations; 2022.
4. National Statistical Office. The 2021 survey of the older persons in Thailand. 1 st ed. Bangkok: National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society; 2022. Thai.
5. Wongkarnpun S. Factors related to successful aging among urban dwelling elderly in Bangkok Metropolitan. [master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2017. 239 p.
6. Bureau of Elderly Health. Bureau of Elderly Health annual report 2022. 1 st ed. Nonthaburi: Department of Health; 2023. Thai.
7. Department of Health. Manual department of health. 1 st ed. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2019. Thai.
8. Department of Provincial Administration. Statistics information service [Internet]. Bangkok: The Bureau of Registration Administration; 2023 [cited 2023 Dec 2]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAge.php
9. Administrative Strategy Division. Development plan [Internet]. Bangkok: Strategy and Evaluation Department; 2023 [cited 2023 Dec 4]. Available from: https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/130/BMA-developmentplan/P20ys_phase3.pdf
10. Anastasia MS, editor. Introduction to health promotion. 2 nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2023.

11. Strategy and Planning Division. Twenty-year national strategic plan for public health [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.oic.go.th/fileweb/cabinforcenter2/drawer023/general/data0000/00000077.pdf>
12. Rasiri T, Songthap A. Factors predicting health promotion behaviors of homebound older adults in Phitsanulok Province. SCNJ. 2021; 8(1): 127–39. Thai.
13. Karakhuean N, Songloed D, Junwin B. Factors predicting the self care behaviors of Muslim elderly in Nakhon Si Thammarat Province. JBA. 2022; 7(6): 488–501. Thai.
14. Chimphitak T, Chanpreechaya G, Teansuan P, et al. The influence of the causal factors affect self-care behaviors among elderly in Nonthaburi Municipality District. WPSMS. 2023; 6(5): 62–75. Thai.
15. Jaisue S. Selected factors related to health promotion behaviors of the older persons living in high rise building, Bangkok Metropolis. [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2017. 196 p.
16. Bootwicha C. Factors associated with exercise behaviors of elderly in the health and environment promotion club, Sai Mai District, Bangkok Metropolitan. [master's thesis]. [Bangkok]: Krirk University; 2018. 99 p.
17. Green IW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. New York: Johns Hopkins University Press; 2022.
18. Public Health Center 57 Boonruang Lumlert. Non-communicable diseases [Internet]. Bangkok: Health Department; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://webportal.bangkok.go.th/healthcenter57>
19. Department of Health. Health promotion & prevention individual wellness plan. 1 st ed. Nonthaburi: Department of Health; 2020. Thai.
20. Thongaram N, Poum A, Makmai P. Predisposing enabling, and reinforcing factors associated with health behavior among elderly in Lansak District, Uthai Thani Province. Journal of Science and Technology Northern. 2022; 3(2): 100–11. Thai.
21. Penpo P. Factors related to health promotion behaviors of the elderly in Wangsaiphun District, Phichit Province. AJCPH. 2020; 4(8): 210–23. Thai.
22. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 8 th ed. New York: John Wiley & Sons; 2005.
23. Sansongkwae T. Health care behaviors of the elderly in Muangnoy Subdistrict, Pasang District, Lamphun Province. [master's thesis]. [Pathum Thani]: Thammasat University; 2016. 150 p.
24. Suksamai N. Factors related to health promoting behaviors among informal aging workers in Bangkok. [master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2011. 209 p.
25. Chianchana C. Statistics for research: Concepts and applications. 2 nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. Thai.
26. Maton T, Saengngoen S. Factors associated with health promoting behavior among elderly in Sukhothai Province, Thailand. J Public Health. 2017; 47(1): 67–78. Thai.
27. Prawet Distric Office. General information of the district [Internet]. Bangkok: Prawet District Office; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://webportal.bangkok.go.th/public/prawet/page/sub/2414>
28. Gochman DS. Health behavior: Emerging research perspectives. New York: Plenum Press; 1988.
29. Kunthu J. Predictive factors of health-promoting behavior of the elderly Na Ngua Subdistrict, Mueang District, Phetchabun Province. Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok. 2022; 9(3): 19–35. Thai.
30. House JS. Work stress and social support. California: Addison Wesley Publishing; 1981.