

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

Factors related to health promotion behavior of the elderly
in Ban Na Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province

ชนม์นิภาภัทร สันตสันะโชค*

Chonnipapat Santasanachok*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา จังหวัดระยอง

*Ban Na Sub-district health promoting hospital, Rayong Province

Corresponding author: Chonnipapat Santasanachok; Email: chonnipapat@hotmail.com

Received: April 21, 2025; Revised: June 11, 2025; Accepted: June 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 312 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงของ เนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .96, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89, 86 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Chi-square และ Pearson's product moment correlation

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของภาพรวมอยู่ในระดับ ต่ำ ($\bar{X} = 2.91$, $SD = 0.30$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .324$, $p = .017$) และ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.129$, $p = .026$) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ

Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to study the relationships between personal factors, namely, sex, age, education level, perceived benefits of health promotion, and perceived obstacles to health promotion and health-promoting behaviors among older adults in Ban Na Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province. The samples consisted of 312 elderly participants who participated through purposive sampling. Data were collected using validated questionnaires assessing personal factors, health-promoting behaviors, perceived benefits, and perceived obstacles to health promotion. Content validity was approved by three experts, with content validity indices ranging from .96 to 1.00, and reliability coefficients between .86 to .92. Data analysis involved descriptive statistics, Chi-square tests, and Pearson's product-moment correlation.

The findings indicated that many participants were female. Overall, health-promoting behavior was good ($\bar{X}$ = 2.91, SD = 0.30). Perceived benefits of health promotion were positively associated with health-promoting behaviors (r = .324, p = .017), while perceived barriers were negatively associated (r = -.129, p = .026). However, the results showed no significant associations between personal factors, namely, gender, age, education level, and health-promoting behaviors.

Keywords: health promotion behavior, elderly, health promotion model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุได้นำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องใช้ชีวิตตามลำพัง ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะข้อเสื่อม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ¹ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ขาดการดูแลด้านร่างกายและจิตใจอาจประสบกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความรู้สึกละเลย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม²

จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ในปีพ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 14.14 และ 15.10 ตามลำดับ ซึ่งถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างชัดเจน และพบว่าอำเภอแกลงมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 17.16 เป็นอำเภอที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2572³ จากรายงานของ Health Data Center (HDC) พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.32 โรคเบาหวาน ร้อยละ 38.65 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 17.72 นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการพลัดตกหกล้ม ด้านความคิดและความจำในผู้สูงอายุ⁴ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ถูกต้อง และมีความพร้อมในการปรับตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเข้มแข็ง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยหลายฉบับระบุว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม⁵ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา และรายได้^{6,7} อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในชุมชนระดับท้องถิ่น ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเชิงลึกค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่จังหวัดระยอง ทำให้ขาดข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนดูแลและพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรนี้ได้อย่างเหมาะสม

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อสำรวจพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)⁸ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ในการศึกษาเลือกศึกษาในชุมชนชนบทที่มีบริบทเฉพาะ เช่น สภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างบริการสุขภาพที่อาจแตกต่างจากพื้นที่เมือง หรือพื้นที่ที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง การศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปหรือในพื้นที่เมือง ขณะที่งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการสำรวจข้อมูลเชิงลึกจากผู้สูงอายุในตำบลบ้านนา ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท และมีความต้องการในการสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตัวแปรเฉพาะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) มาใช้ในการศึกษานี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรทั้งสองมีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นตัวแปรที่สามารถประเมินได้ชัดเจน และมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสามารถในการออกแบบกิจกรรม หรือแผนงานที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง
2. การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง
3. การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

ขอบเขตการวิจัย

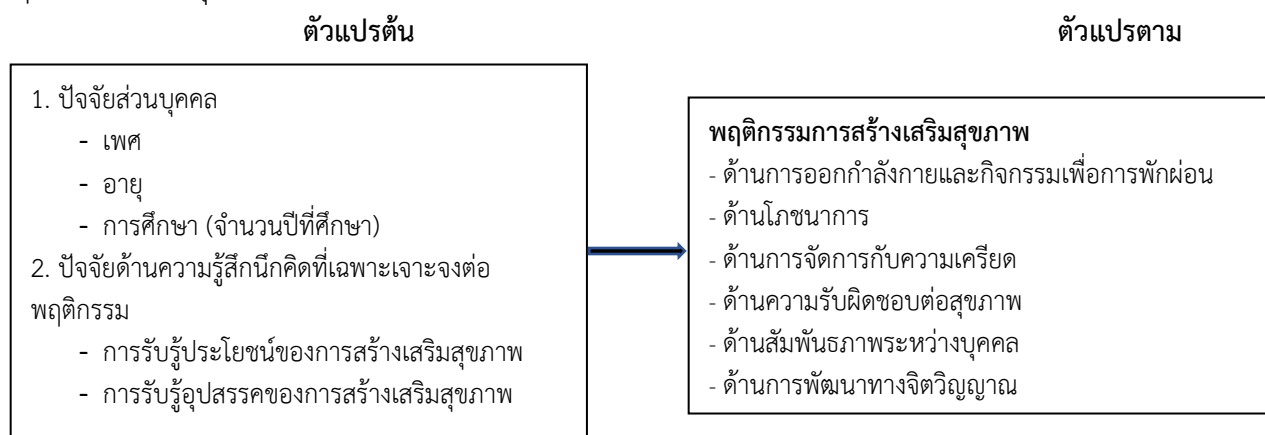
ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง จำนวน 312 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ รวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2568 ณ ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁸ เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ปัจจัยด้านความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง จำนวน 1,643 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie & Morgan, 1970⁹ จำนวน 312 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ดังนี้ 1) สุ่มแบบชั้นภูมิ (proportional stratified random sampling) โดยเลือก 4 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านที่ 2, 3, 8 และ 13 และ 2) สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากตามทะเบียนรายชื่อ ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยมีการเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ
5. มีสภาพจิตใจและการรับรู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การคัดเลือกรวมทั้งตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต
2. ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือโรคทางจิตเวชที่มีผลต่อการรับรู้ ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้ในเวลาที่เก็บข้อมูล
4. ผู้ที่ปฏิเสธไม่ยินยอมให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย อาชีพ และสิทธิ์การรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)⁸ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 52 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ ต้องปรับปรุง (1.00-1.50 คะแนน) พอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ดี (2.51-3.50 คะแนน) และดีมาก (3.51-4.00 คะแนน)¹⁰

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ น้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) น้อย (1.51-2.50 คะแนน) มาก (2.51-3.50 คะแนน) และมากที่สุด (3.51-4.00 คะแนน)¹⁰

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ น้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) น้อย (1.51-2.50 คะแนน) มาก (2.51-3.50 คะแนน) และมากที่สุด (3.51-4.00 คะแนน)¹⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ หาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า S-CVI เท่ากับ .96, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

โดยทดสอบในผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s Alpha Coefficient) เท่ากับ .89, .86 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย COA.No.01/2568 รับรองเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2568 ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครวิจัย เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้อาสาสมัครวิจัยทราบ การเข้าร่วมในการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ ทุกขณะ ในโครงการนี้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากอาสาสมัครวิจัยจะถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะไม่เผยแพร่ในลักษณะของรายบุคคล โดยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นรายงานสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวอาสาสมัครวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน เอกสารข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในตู้ที่ล็อกกุญแจ ที่ผู้วิจัยสามารถเปิดได้เพียงผู้เดียว เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว แบบสอบถาม จะถูกทำลายทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรม ฯ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอ ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและลงนามในยินยอมให้ทำการศึกษา
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการฝึกการใช้เครื่องมือวิจัยแล้ว หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 20-30 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติ Chi-square test
3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s correlation coefficient) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov one sample test แล้วพบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ($p = .157$)

ผลการวิจัย

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 61.33 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 52.88 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.41 จำนวนปีศึกษาเฉลี่ย 11.99 ปี (SD = 6.08) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.67 มีบุตรและพักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 89.74 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 29.48 สิทธิการรักษาพยาบาลมีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 95.83

2. **พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.91, SD = 0.30) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน (n= 312)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน	2.84	0.52	ดี
ด้านโภชนาการ	3.18	0.30	ดี
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.43	0.23	พอใช้
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.98	0.56	ดี
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.01	0.58	ดี
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.21	0.29	ดี
ภาพรวม	2.91	0.30	ดี

3. **การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ** พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.21, SD = 0.29) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.24, SD = 0.41) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ (n= 312)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.21	0.29	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	2.24	0.41	น้อย

4. **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน** พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 0.125, p = .724) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (n = 312)

ตัวแปร	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ		χ^2	p-value
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.125	.724
ชาย	42 (39.25)	53 (37.06)		
หญิง	65 (60.75)	90 (62.94)		

5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = .324, p < .017$) และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.129, p < .026$)

สำหรับการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และการศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.024, -.038, p = .703, .592$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (n = 312)

ตัวแปร	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	
	r	p-value
อายุ	-.024	.703
การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา)	-.038	.592
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	.324	.017
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	-.129	.026

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ($\bar{X} = 2.91, SD = 0.30$)

ผลการศึกษาได้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยสนับสนุน เช่น การมีระบบสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการดูแลตนเอง รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณารายข้อ พบข้อที่มี

คะแนนพฤติกรรมน้อย ได้แก่ การใช้ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ การมีความขัดแย้งกับผู้อื่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การซื้อยาชุดจากร้านขายยามารับประทานเมื่อเจ็บป่วย และการศึกษาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีอาการเครียด

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาวะดี ทั้งนี้อาจมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่น่าพึงพอใจ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้นหลังเกษียณ¹¹ อีกทั้งมีการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพที่จัดโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีการกระจายอำนาจและขยายบริการให้ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง¹²

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ($\chi^2 = 0.125$, $p = .724$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า เพศของผู้สูงอายุจะเป็นชายหรือหญิง ต่างก็มีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ใกล้เคียงกันในบริบทของชุมชนที่ศึกษา และได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านเพศ ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเลือกหรือปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างนี้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงพบว่า ไม่แตกต่างกัน^{13,14} โดยระบุว่าความแตกต่างทางเพศอาจไม่มีผลมากนักเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนในระดับเท่าเทียมกัน

2.2 ปัจจัยด้านอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.024$, $p = .703$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การเพิ่มขึ้นของอายุในกลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้มีผลกระทบต่อระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง อาจสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุแล้ว พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น เช่น ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าวัยของบุคคลนั้น นอกจากนี้ ยังอาจตีความได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสนใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพอาจได้รับอิทธิพลจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประสบการณ์ชีวิต หรือคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ^{15,16}

2.3 ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.038$, $p = .592$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ในบริบทของชุมชนที่ทำการศึกษา อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าระดับการศึกษา เช่น ความร่วมมือในชุมชน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินโดยหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มักได้รับข้อมูลสุขภาพผ่านการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เช่น การบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน หรือการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ไม่ได้ขึ้นกับระดับการศึกษาเป็นหลัก แต่ขึ้นอยู่กับการเข้าถึงกิจกรรมและความสัมพันธ์ในระดับชุมชน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากแม้จะมีการศึกษาน้อยแต่มีประสบการณ์ชีวิตที่

ยาวนาน มีทักษะการดูแลสุขภาพจากการปฏิบัติจริง และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพเพื่อรักษาความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน⁶

3. การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงประโยชน์จากการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ จะมีแนวโน้มดำเนินพฤติกรรมเหล่านี้มากขึ้น แต่หากกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการดำเนินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีข้อจำกัดหรือความยุ่งยาก เช่น ขาดเวลา อุปกรณ์ไม่เพียงพอ หรือไม่มีผู้สนับสนุน มักมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงหรือปฏิบัติได้น้อยลงเช่นกัน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ ที่กล่าวว่า ความเชื่อด้านผลดีของพฤติกรรมสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁷ แต่ในขณะเดียวกันหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องยุ่งยากหรือไม่คุ้มค่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และชมรมผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ลดอุปสรรคในการดำเนินพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้เรื่องโภชนาการลดอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การใช้ยาที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งควรส่งเสริมระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น การรวมกลุ่มหรือกิจกรรมที่เสริมสร้างกำลังใจและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สภาวะจิตใจ ความเครียด ความเชื่อด้านวัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมในชุมชน รวมถึงควรใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อเข้าใจเชิงลึกถึงแรงจูงใจและอุปสรรคของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน อสม. และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์คอร์เปอร์เรชั่นส์; 2566.
2. ลัดดา แสนสีหา, จินตนา ลีละไกรวรรณ, นิตยา จันทบุตร, ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์, ทิพย์สุดา ธรรมลาภากุล, อรุณี สุวรรณโชค. ภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2566;46(1):114-27.

3. สำนักงานสถิติจังหวัดระยอง. ตัวชี้วัดที่สำคัญของจังหวัด [ออนไลน์]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://rayong.nso.go.th>
4. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC) [ออนไลน์]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/>
5. ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตรวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563;4(8):210-23.
6. ชลธิชา ไพจิตร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2562;2(1):85-103.
7. Phillips WJ, Hine DW. Self-compassion, physical health, and health behaviour: A meta-analysis. Health psychology review 2021;15(1):113-39.
8. Pender NJ, Parsons MA, Murdaugh CL. Health promotion in nursing practice 9th ed. London: Pearson; 2019.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement 1970;30(3):607-10.
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
11. Kim ES, Delaney SW, Tay L, Chen Y, Diener E, Vanderweele TJ. Life Satisfaction and Subsequent Physical, Behavioral, and Psychosocial Health in Older Adults. The Millbank Quarterly 2021;99(1):209-39.
12. อุบลวรรณ เรือนทองดี, ยุพา จีวพัฒน์กุล. การเสริมสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23(1):274-82.
13. จิรายุส ดุลยเกียรติ. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(5):783-9.
14. รังสรรค์ เขตประพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบางช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนจกรัราช 2564;1(1):23-28.
15. ธนุสินธ์ สุขเสริม, บุษกร สุวรรณรงค์, สนธยา ไสยสาส์, สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ, จุฑามาศ เจียมสาธิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ ตำบลลงเปือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2567;11(1):1-10.
16. ถาวร มาตัน, เสน่ห์ แสงเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2560;47(1):67-78.
17. ศิราวัลย์ เหา, วิจิตรา ปัญญาชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565;32(3):80-93.
18. Wilson J, Heinsch M, Betts D, Booth D, Kay-Lambkin F. Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review. BMC public health 2021;21:1-12.