

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี

## Effects of Health Promoting Program on Health Behaviors among the Elderly Persons, Nonthaburi Province

อรวรรณ น้อยวัฒน์\* และ อารยา ประเสริฐชัย  
Orawan Noiwat\* and Araya Prasertchai

### ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was designed to examine the effects of health promoting program applying self-efficacy theory on health behaviors among the elderly persons, Nonthaburi province. The sample was a member of an elderly club by using simple random method. Thirty elderly persons from Tambol Bangpood club and thirty elderly persons from Tambol Bantalat club were assigned to experiment and comparison groups respectively. The experimental group received a health promoting program that includes knowledge, perceived self-efficacy and outcome expectation. A health behavior included food consumption, exercise, stress management and dental health care. The instrument was a questionnaire and a test of knowledge. The statistics used to analyze the research data were percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test.

The results showed that;

1. The levels of knowledge, perceptions and expectations of elderly people before and after the health promotion program were different at the .05 level of significance.
2. Posttest of the experimental elderly group participating in the health promotion program showed an average score of health behaviors which was higher than before the experiment at the .05 level of significance.
3. Posttest of the experimental elderly group participating in the health promotion program had an average score of health behaviors higher than those who did not attend the program, at the .05 level of significance.

**Keywords:** Health Promoting Program, Perceived Self-efficacy, Outcome Expectation, Health Behaviors

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบางพุด จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบางตลาด จำนวน 30 คนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำโดยพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและทันตสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. หลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการกระทำ  
พฤติกรรมสุขภาพ

### บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยาวนานขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น จากการคาดการณ์ประชากรไทยพบว่าในปีพ.ศ. 2568 และ 2576 ผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.8 เป็น 25.0 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยได้เข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่า อัตราส่วนการเป็นภาระของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราส่วนร้อยละ 20.9 ซึ่งจะเพิ่มถึงร้อยละ 32.2 ในปี พ.ศ.2568 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546) การที่ประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ จะส่งผลกระทบต่ออย่างมากโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ จากการจัดอันดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2552

(สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555) พบว่าความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุไทยในลำดับต้นๆ ในเพศชายและหญิง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จากการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2551) พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 สูบบุหรี่เป็นประจำ ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ดื่มสุร่าเป็นประจำ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกายไม่เหมาะสม คือผู้สูงอายุถึงแม้จะมีแนวโน้มการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.3 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 28.0 ในปีพ.ศ. 2550 แต่มีผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ดังนั้นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจึงถือเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาค้นคว้าผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายรูปแบบ ในประเทศเกาหลีมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (Han SS and others. 2005) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการศึกษาพบว่าการให้ความรู้กับกลุ่มทดลอง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นจำนวน 8 สัปดาห์ และการยืดเอ็นและกล้ามเนื้อ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (สิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ. 2555) เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า จำนวน 43 คน โดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

จากการสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 30 คน ชาย 15 คนและหญิง 15 คน เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 60 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสมร้อยละ 39 มีพฤติกรรมจัดการความเครียดร้อยละ 56.66 มีพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพไม่เหมาะสมร้อยละ 73.33 จะเห็นได้ว่าโรคที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมทางร่างกายและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้

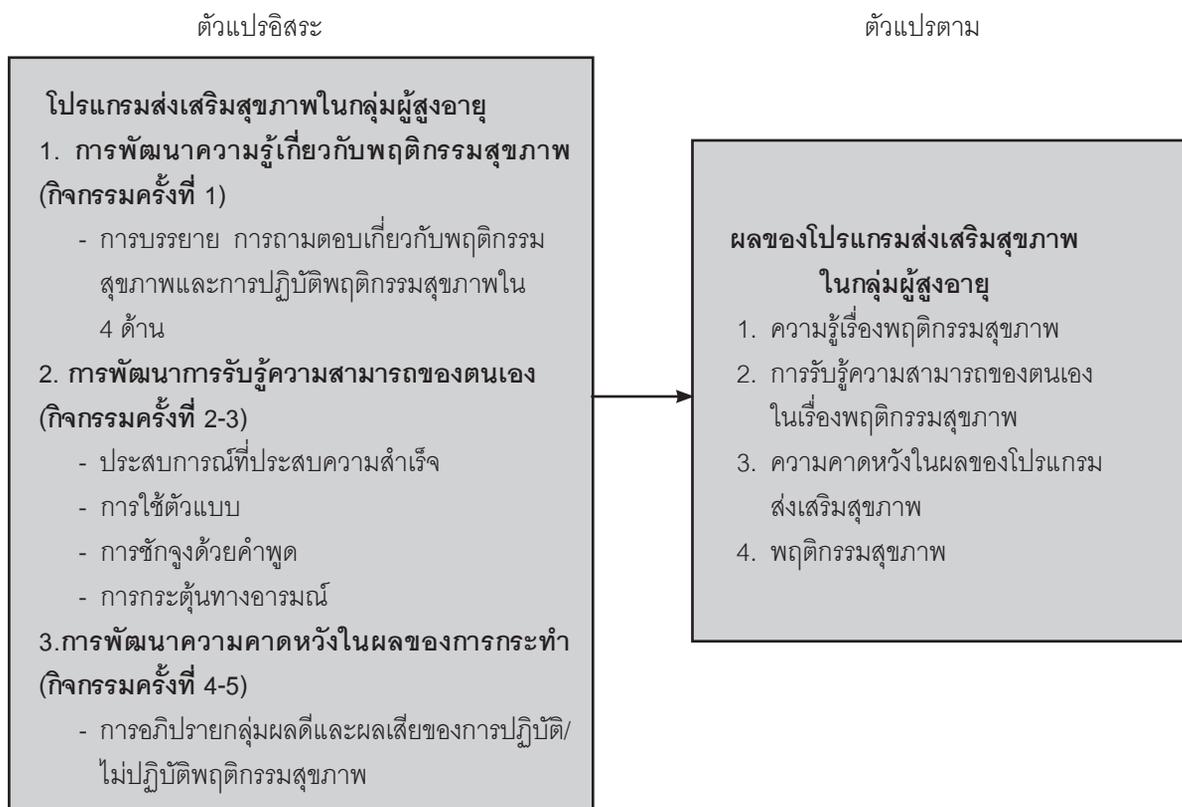
สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดได้หากมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น การศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งพัฒนามาจากการทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างการทำและผลของการกระทำ ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับความรู้จะเกิดการรับรู้และความคาดหวัง อันจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้องต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้ และคะแนนความคาดหวังของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
3. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม) ซึ่งมีรูปแบบ Pretest-Posttest Design

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ทำการศึกษา คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
2. กลุ่มตัวอย่าง คือสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงกลุ่มละ 30 คน จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางพูดและตำบลบางตลาด จ.นนทบุรี

ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ และทำการสุ่มแบบง่าย (simple random method) ได้ชมรมผู้สูงอายุ คือ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางพูดและตำบลบางตลาด หลังจากนั้นสุ่มเลือกโดยการจับสลากได้ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางพูดเป็นกลุ่มทดลอง และชมรมผู้สูงอายุตำบลบางตลาดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการจัดทำกรสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ระหว่างผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดหัวข้อและกิจกรรมร่วมกันได้กิจกรรมดังนี้

1.1 กิจกรรมการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การบรรยายเพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2 กิจกรรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตการเลือกบริโภคอาหารและอาหารสมุนไพรเพื่อสุขภาพ การฝึกจัดรายการอาหาร ออกกำลังกายแบบซึ่งการเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารการออกกำลังกายการจัดการความเครียด และทันตสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด สาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก

1.3 กิจกรรมเพื่อพัฒนาความคาดหวังในผลของการกระทำ ได้แก่ การอภิปรายกลุ่มการเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

## 2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและนำไปทดลองใช้ มีดังนี้

2.1 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือข้อมูลทั่วไปการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ความคาดหวังในผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด วัดผลโดยใช้ช่วงคะแนนแบบเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง 89-120 คะแนน ระดับปานกลาง 57-88 คะแนน และระดับต่ำ 24-56 คะแนน

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ข้อคำถามจะครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามในเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ วัดผลโดยใช้ช่วงคะแนน แบบเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูงคะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 80-100 (16-20 คะแนน) ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) และระดับต่ำคะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 0-59 (0-11 คะแนน)

## 3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.1 การหาความตรง (Validity) ได้แก่ ความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถาม ด้วยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Object Congruence - IOC) ใช้ข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.5-1.00

3.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตบางพุดซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อดูความเหมาะสมของแบบสอบถาม และทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายในด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการในด้าน การรับรู้ความสามารถตนเองความคาดหวังและพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.822, 0.756 และ 0.838 ตามลำดับ

3.3 แบบทดสอบความรู้ ใช้วิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) หรือ KR-20 ได้ค่าความยากง่ายรายข้อและได้ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป แบบทดสอบความรู้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.67

## การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลองภายหลังจากจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ในกลุ่มเปรียบเทียบนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 และ 2 มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติ Paired Sample t-test ภายในกลุ่ม และสถิติ Independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 เพศ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีทั้งเพศชายและหญิงในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3

1.2 อายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 66.1 ปี โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 53.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 65.7 ปี โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 63.3

1.3 สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่เท่ากัน ร้อยละ 46.7 และ 56.7 ตามลำดับ

1.4 ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.0 และ 33.3 ตามลำดับ

1.5 อาชีพกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน และรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 26.7

2. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
<b>ความรู้ก่อนทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	11.56	2.89	0.811	58	0.137
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	12.10	2.13			
<b>ความรู้หลังทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	16.46	2.22	-7.922	58	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	11.83	2.30			
<b>การรับรู้ก่อนทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	62.40	6.70	0.550	58	0.616
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	62.50	7.32			
<b>การรับรู้หลังทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	78.86	4.50	-13.009	58	0.026*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	60.93	6.06			
<b>ความคาดหวังก่อนทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	76.13	3.15	4.72	58	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	79.76	2.76			
<b>ความคาดหวังหลังทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	88.73	3.30	-13.46	58	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	78.60	2.47			

\*p < 0.05

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้และการรับรู้ของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการรับรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.137$  และ  $0.616$  ตามลำดับ และภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วนั้น ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการรับรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p<0.05$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของระดับความคาดหวัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p<0.05$ )

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
<b>ความรู้</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	11.56	2.89	13.048	29	0.000*
หลังได้รับโปรแกรม	30	16.46	2.22			
<b>การรับรู้</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	62.40	6.70	16.472	29	0.000*
หลังได้รับโปรแกรม	30	78.86	4.50			
<b>ความคาดหวัง</b>						
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	76.13	3.159	17.268	29	0.000*
หลังได้รับโปรแกรม	30	88.73	3.300			

\* $p<0.05$

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p<0.05$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	61.83	8.514	13.115	29	0.000*
หลังได้รับโปรแกรม	30	84.50	3.550			

\* $p<0.05$

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p<0.05$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	61.83	8.51	4.742	58	0.733
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	62.60	8.83			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	84.50	3.55	-13.460	58	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	62.33	8.26			

\*p<0.05

จากตารางที่ 4 จะเห็นว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.733$  ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p<0.05$ )

## อภิปรายผล

### 1. ผลการเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยนี้พบว่าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วนั้น ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ใช้ทฤษฎีของแบนดูราในกลุ่มผู้สูงอายุถึงแม้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกัน เช่น ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอำเภอลำปาง จังหวัดนครราชสีมา (ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์. 2555) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้และความคาดหวัง สูงกว่าก่อนการ

ทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (ฉิววรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ. 2555) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า จำนวน 43 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การวิจัยนี้ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เนื่องจากมีการควบคุมปัจจัยที่อาจมีผลต่อคะแนนความรู้ คือ ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ตำบลบางพูด พบว่าผู้สูงอายุไม่เคยได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังของผู้สูงอายุก่อนทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 1) อาจ

เนื่องมาจากกลุ่มทดลองในครั้งนี้มีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีจำนวนน้อย จากข้อมูลที่ผู้สูงอายุไม่เคยได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและผู้สูงอายุที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีจำนวนน้อยอาจสะท้อนให้เห็นถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการให้ความสำคัญของผู้สูงอายุต่อการส่งเสริมสุขภาพยังมีน้อย

## 2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) อาจเนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุที่ได้จากการทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุจึงให้ความสนใจดำเนินการตามโปรแกรม โดยผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี (ปานชีวา ณ หนองคาย, 2551) ที่ผลการศึกษาพบว่าหลังการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้ได้ผลควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและความต้องการของผู้สูงอายุด้วย

## 3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ แม้จะมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับกิจกรรม ระยะเวลาจัดกิจกรรม และพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้าน เช่น ผลการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศเกาหลี (Han and others, 2005)

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 33 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้กับกลุ่มทดลอง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นจำนวน 8 สัปดาห์ และการยืดเอ็นและกล้ามเนื้อ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (นิภาพรณ อธิคมานนท์, 2554) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้กระบวนการกลุ่ม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรมใน 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดโดยจัดกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นจำนวน 10 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) แม้ว่ากรวิจัยครั้งนี้จะมีการจัดกิจกรรมเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 สัปดาห์ แต่ให้ผลการศึกษาไม่แตกต่างจากการศึกษาข้างต้น อย่างไรก็ตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากต้องคำนึงถึงรูปแบบกิจกรรมแล้วยังต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำแนวทางการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพไปพัฒนาเพื่อใช้กับชมรมผู้สูงอายุอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันได้ แต่การส่งเสริมสุขภาพควรคำนึงถึงความต่อเนื่องของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ การติดตามการสนับสนุนจากครอบครัว และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่อไป

ประกอบกับภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยแล้วควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพภาพให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมด้วย

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมปัจจัยอื่นๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต สถานะสุขภาพ โรคและการบาดเจ็บของผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาค่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพร่วมกันแบบองค์รวม

## เอกสารอ้างอิง

ธนบดี ชุ่มกลาง และรุจิรา ดวงสงค์. (มกราคม-มีนาคม 2555). "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา". **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**. 12(1) : 46-56.

นิภาพรณ อธิคมานนท์. (2554). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปานชีวา ณหนองคาย. (2551). **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ. (2555). "ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ". **วารสารพยาบาลศาสตร์** ปี 2555. 30(2) : 35-45.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2551). **ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ. 2551**. กรุงเทพฯ : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2555). **รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552**. นนทบุรี : เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep\\_older50.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep_older50.pdf) [22 ตุลาคม 2556].

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

Bandura, A. (1997). **Social learning theory**. New Jersey : Prentice-Hall.

Han, S. S. and others. (2005). "The effects of a health promotion program for elderly." **Taehan Kanho Hakhoe Chi**. 35(6) : 1054-6.