ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กัณณิกา ศรีขนุน[1] , คนธรส บุญสวัสดิ์[1] , ธัญรัศมิ์ ศรีวิชัย[1] , สรนันท์ ชูยัง[1] , พัณณิตา สายรื่น[1] , คันธรส สุขกุล[1] , พูนศักดิ์ บุญยัง[1] และ นิภาพร นบนอบ[1*]

[1]สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
*nipaporn.nob@sru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60-85 ปี จำนวน 309 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 35 ข้อ 2) ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย 15 ข้อ 3) ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย 5 ข้อ 4) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 30 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน และ 5) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 5 ข้อ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC > 0.50) มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.703-0.843 และค่า KR-20 เท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับดี ร้อยละ 85.80 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($p = 0.040$) ความรู้พื้นฐานและประโยชน์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ($p < 0.001$) การรับรู้ความเสี่ยง ($p = 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ ($p = 0.014$) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ($p = 0.025$) และความเชื่อมั่นในตนเอง ($p < 0.001$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าข้อมูลดังกล่าวควรนำไปใช้เป็นฐานในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เน้นการพัฒนาความรู้ที่ใช้ได้จริง การปรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสร้างสิ่งกระตุ้น และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตำบลขุนทะเล

Factors Associated with Exercise Behavior among the Elderly in Khun Thale Subdistrict, Mueang District, Surat Thani Province

Kannika Srikhanun[1] , Khotarot Boonsawat[1] , Tanyarat Sriwichai[1] , Soranan Chooyang[1] , Pannita Sairuen[1] , Kantarote Sukkul[1] , Poonsak Boonyung[1] and Nipaporn Nobnorb[1*]

[1]Department of Community Public Health, Faculty of Science and Technology, Suratthani Rajabhat University
*nipaporn.nob@sru.ac.th

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine levels of knowledge, attitudes, health belief model components, exercise behavior, and factors associated with exercise behavior among older adults in Khun Thale Subdistrict, Mueang District, Surat Thani Province. A sample of 309 older adults aged 60-85 years was selected using multistage random sampling. Data were collected using a five-part questionnaire consisting of: 1) personal characteristics (35 items), 2) knowledge of exercise (15 items), 3) attitudes toward exercise (5 items), 4) health belief model components (30 items covering six dimensions), and 5) exercise behavior (5 items). The questionnaire had content validity (IOC > 0.50), Cronbach's alpha coefficients of 0.703-0.843, and a KR-20 value of 0.72. Descriptive statistics and Chi-square tests were used for data analysis at a significance level of 0.05. Results showed that 85.80% of participants had good exercise behavior. Factors significantly associated with exercise behavior were body mass index ($p = 0.040$), basic knowledge and knowledge of exercise benefits ($p < 0.001$), perceived susceptibility ($p = 0.001$), perceived benefits ($p = 0.014$), cues to action ($p = 0.025$), and self-efficacy ($p < 0.001$). These findings should be used as evidence for designing and developing community-based exercise promotion programs that emphasize practical knowledge, modification of health beliefs, cues to action, and self-efficacy strengthening to improve sustainable health and quality of life among older adults.

Keywords: Elderly, Exercise behavior, Health belief model, Khun Thale Subdistrict

1. บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดว่าประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดถือเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ผลการสำรวจของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [1] การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

ทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและพึ่งพาตนเองได้เป็นวาระสำคัญระดับชาติ สอดคล้องกับหัวข้อการประชุมวิชาการครั้งนี้ที่มุ่งเน้นนวัตกรรมการวิจัยสู่สังคมอัจฉริยะและการพัฒนาอย่างยั่งยืน

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ รวมถึงส่งเสริมสุขภาพจิตและชะลอการเสื่อมถอยทางสติปัญญา ในทางตรงกันข้าม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและพฤติกรรมเนือยนิ่งก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบหลายมิติ ได้แก่ การเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ภาวะหกล้ม กล้ามเนื้อลีบ ความเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า การสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนเพิ่มภาระการดูแลของครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายของระบบบริการสาธารณสุขในระยะยาว [2,3]

พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ด้านสุขภาพ งานวิจัยของ Thongyu [4] พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายและมีทัศนคติเชิงบวกมีแนวโน้มออกกำลังกายสม่ำเสมอกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ ขณะที่ Khampun [5] พบว่าความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) มีอิทธิพลสำคัญต่อการคงพฤติกรรมการออกกำลังกาย นอกจากนี้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock [6] อธิบายว่าการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งกระตุ้น และความเชื่อมั่นในตนเอง ล้วนมีบทบาทต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย

ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าร้อยละ 2.50 ผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวนหนึ่งประสบภาวะพึ่งพิงจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งยังขาดการศึกษาเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในบริบทของชุมชนแห่งนี้โดยเฉพาะ ข้อมูลดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับศักยภาพและข้อจำกัดของผู้สูงอายุในพื้นที่ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเล เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายและการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

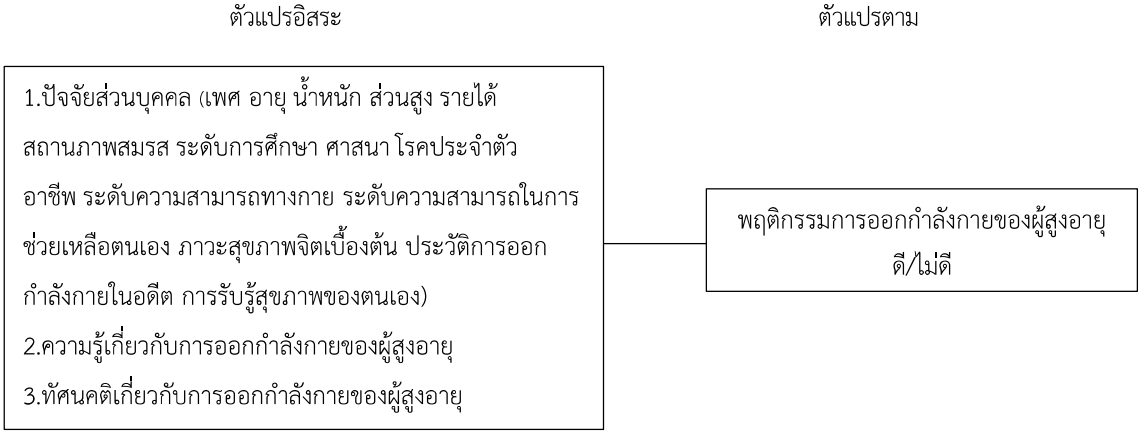
2.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.3 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรอิสระ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเล อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเล จำนวน 1,680 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2568) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60–85 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Jirawattanakul [7] โดยใช้ค่า p = 0.6367 จาก Makmay [8] ได้กลุ่มตัวอย่าง 294 คน เพิ่มสำรองร้อยละ 5 รวมเป็น 309 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มเลือก 5 หมู่บ้านจากทั้งหมด 10 หมู่บ้าน โดยวิธีจับสลาก ได้แก่ หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 4 หมู่ที่ 5 หมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 8 ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรแต่ละหมู่บ้าน (Probability proportional to size) ขั้นที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จนครบจำนวน

4.3 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 35 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และความเชื่อมั่นในตนเอง และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การแปลผลคะแนนกำหนดดังนี้ แบบวัดความรู้ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนรวม 0-15 คะแนน แบ่งเป็นระดับสูง 12-15 คะแนน ระดับปานกลาง 9-11 คะแนน และระดับต่ำ 0-8 คะแนน สำหรับทัศนคติและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้มาตราส่วน 5 ระดับ โดยทัศนคติมีคะแนนรวม 5-25 คะแนน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพิจารณารายด้าน ด้านละ 5-25 คะแนน แปลผลเป็นระดับมาก 18.34-25.00 คะแนน ระดับปานกลาง 11.67-18.33 คะแนน และระดับน้อย 5.00-11.66 คะแนน ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนรวม 5-25 คะแนน แบ่งเป็นระดับดี 20-25 คะแนน และระดับไม่ดี 5-19 คะแนน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบค่า IOC ระหว่าง 0.70-1.00 (IOC > 0.50 ทุกข้อ) ทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ตำบลมะขามเตี้ย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha) คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง = 0.729 ทัศนคติ = 0.703 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ = 0.702 พฤติกรรมการออกกำลังกาย = 0.843 และค่า KR-20 สำหรับความรู้ = 0.72

4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 หลังผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU-EC 2025/107 (วันที่ 15 ตุลาคม 2568) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

5. ผลการวิจัย

5.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 309 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.40) มีอายุเฉลี่ย 71.30 ± 7.17 ปี อยู่ในช่วง 60–85 ปี ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 47.60) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 67.60) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.70) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 92.20) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 47.60) รายได้ 5,001–10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 41.10) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.40) และมีระดับความสามารถทางกายอยู่ในเกณฑ์ดีถึงปานกลาง

5.2 ระดับความรู้ ทัศนคติ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.40) รองลงมาคือต่ำ (ร้อยละ 30.10) และสูง (ร้อยละ 5.50) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 9.01 ± 1.97 คะแนน ด้านทัศนคติ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 95.50) ค่าเฉลี่ย 22.14 ± 1.97 คะแนน สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และความเชื่อมั่นในตนเองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 92.20–92.60) ขณะที่การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และอุปสรรคอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 90.61–95.80) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ทัศนคติ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 309)

ตัวแปร	ระดับมาก (%)	ระดับปานกลาง (%)	ระดับน้อย (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	5.50	64.40	30.10	9.01 (1.97)
ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย	95.50	4.50	-	22.14 (1.97)
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้ความเสี่ยง	-	4.21	95.80	8.05 (1.79)
การรับรู้ความรุนแรง	-	9.40	90.61	8.43 (2.24)
การรับรู้ประโยชน์	92.60	6.50	1.00	21.91 (2.39)
การรับรู้อุปสรรค	1.00	7.80	91.30	8.30 (2.47)
สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม	92.20	6.80	1.00	22.11 (2.64)
ความเชื่อมั่นในตนเอง	92.60	6.50	1.00	21.77 (2.53)

5.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (คะแนน 20–25 คะแนน) ร้อยละ 85.80 และระดับไม่ดี ร้อยละ 14.20 พฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างถูกวิธีและปลอดภัย (ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 58.60) การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อน–หลังออกกำลังกาย (ร้อยละ 57.60) และการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน (ร้อยละ 45.60)

5.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 85.80 และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 14.20 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และความเชื่อมั่นในตนเอง

เมื่อพิจารณาตามดัชนีมวลกาย พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 10.014, p = 0.040) โดยกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินมีสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 90.00 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 88.40 ขณะที่กลุ่มอ้วนระดับ 2 มีสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีต่ำที่สุด ร้อยละ 50.00 สะท้อนให้เห็นว่าภาวะโภชนาการหรือระดับดัชนีมวลกายอาจมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ด้านความรู้ พบว่า ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 25.235, p < 0.001) โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ระดับต่ำกลับมีสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีสูงที่สุด ร้อยละ 91.30 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 73.10 และระดับสูง ร้อยละ 61.50 เช่นเดียวกับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย ซึ่งพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 25.235, p < 0.001) โดยมีแนวโน้มของผลเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม หรืออาจมีปัจจัยด้านประสบการณ์ สุขภาพ แรงสนับสนุน หรือข้อจำกัดในการออกกำลังกายร่วมด้วย

สำหรับปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 11.319, p = 0.001) โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในระดับน้อยมีสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความเสี่ยงระดับปานกลาง นอกจากนี้ การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 8.594, p = 0.014) โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีสูงที่สุด ร้อยละ 87.40 เมื่อเทียบกับระดับปานกลางและระดับน้อย

สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 7.341, p = 0.025) โดยกลุ่มที่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมระดับสูงมีสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีสูงที่สุด ร้อยละ 86.70 ขณะที่กลุ่มที่มีสิ่งกระตุ้นระดับน้อยมีสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับไม่ดีสูงที่สุด ร้อยละ 66.70 นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 16.933, p < 0.001) โดยผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นในตนเองระดับสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี ร้อยละ 87.80 ส่วนกลุ่มที่มีความเชื่อมั่นในตนเองระดับปานกลางมีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีเพียงร้อยละ 55.00 แสดงให้เห็นว่าความมั่นใจในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านเพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระดับความสามารถทางกาย ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น ประวัติการออกกำลัง

กายในอดีต การรับรู้สุขภาพของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและข้อควรระวัง ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (n = 309)

ตัวแปร	ดี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ				
ชาย	96(85.00)	17(15.00)	0.094	0.759
หญิง	169(86.20)	27(13.80)		
ช่วงอายุ				
ช่วงอายุตอนต้น (60-69)	115(82.10)	25(17.90)	2.750	0.253
อายุตอนกลาง (70-79)	112(88.90)	14(11.10)		
อายุตอนปลาย (80-85)	38(88.40)	5(11.60)		
BMI				
ผอม (น้อยกว่า 18.50)	5(83.30)	1(16.70)	10.014	0.040*
ปกติ (18.50-22.90)	130(88.40)	17(11.60)		
น้ำหนักเกิน (23.00-24.00)	72(90.00)	8(10.00)		
อ้วนระดับ 1 (25.00-29.90)	56(77.80)	16(22.20)		
อ้วนระดับ 2 (มากกว่า 30)	2(50.00)	2(50.00)		
สถานภาพสมรส				
โสด	6(100.00)	0(00.00)	1.773	0.777
มีคู่	177(84.70)	32(15.30)		
หม้าย	79(86.80)	12(13.20)		
หย่า	1(100.0)	0(00.00)		
อื่นๆ	2(100.00)	0(00.00)		
ศาสนา				
พุทธ	264(85.70)	44(14.30)	0.167	0.683
คริสต์	1(100.0)	0(00.00)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1(100.0)	0(00.00)	3.103	0.684
ประถมศึกษา	245(86.00)	40(14.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	5(100.0)	0(00.00)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	4(66.70)	2(33.30)		
ปวส./อนุปริญญา	1(100.0)	0(0.0)		
ปริญญาตรี	9(81.00)	2(18.20)		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (n = 309) (ต่อ)

ตัวแปร	ดี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)	χ^2	p-value
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	40(95.20)	2(4.80)	4.690	0.455
ข้าราชการ	9(81.80)	2(18.2)		
บำนาญ				
ค้าขาย	24(88.90)	3(11.10)		
รับจ้าง	9(90.00)	1(10.00)		
เกษตรกรรม	124(84.40)	23(15.60)		
อื่นๆ	59(81.90)	13(18.10)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 1000	106(84.00)	20(15.90)	5.063	0.408
1001-5000	33(86.80)	5(13.20)		
5001-10000	109(85.80)	18(14.20)		
10001-20000	11(100.0)	0(00.00)		
20001-30000	5(100.00)	0(00.00)		
30001-40000	1(50.00)	1(50.00)		
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	120(85.10)	21(14.9)	0.091	0.763
มีโรคประจำตัว	145(86.30)	23(13.70)		
ระดับความสามารถทางกาย				
ทำไม่ได้	40(78.40)	11(21.60)	5.510	0.064
ทำได้บางส่วน	56(81.20)	13(18.80)		
ทำได้	169(89.40)	20(10.60)		
ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง				
ทำไม่ได้	2(66.70)	1(33.30)	2.849	0.241
ทำได้บางส่วน	76(90.50)	8(9.50)		
ทำได้	187(84.20)	35(15.80)		
ภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น				
ทำไม่ได้	9(90.00)	1(10.00)	0.723	0.695
ทำได้บางส่วน	135(87.10)	20(12.90)		
ทำได้	121(84.00)	23(16.00)		
ประวัติการออกกำลังกายในอดีต				
ทำไม่ได้	50(84.70)	9(15.30)	4.823	0.090
ทำได้บางส่วน	140(89.70)	16(10.30)		
ทำได้	75(79.80)	19(20.20)		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (n = 309) (ต่อ)

ตัวแปร	ดี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)	χ^2	p-value
การรับรู้สุขภาพของตนเอง				
ทำไม่ได้	49(87.50)	7(12.50)	0.462	0.794
ทำได้บางส่วน	144(86.20)	23(13.80)		
ทำได้	72(83.70)	14(16.30)		
ความรู้พื้นฐานและประโยชน์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย				
สูง	16(61.50)	10(38.50)	25.235	< 0.001*
ปานกลาง	38(73.10)	14(26.90)		
ต่ำ	211(91.30)	20(8.70)		
ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและข้อควรระวัง				
สูง	106(90.60)	11(9.40)	3.625	0.163
ปานกลาง	122(83.00)	25(17.00)		
ต่ำ	37(82.20)	8(17.80)		
ทัศนคติ				
มาก	255(86.40)	40(13.60)	2.467	0.116
ปานกลาง	10(71.40)	4(28.60)		
ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้ความเสี่ยง				
ปานกลาง	7(53.82)	6(46.20)	11.319	0.001*
น้อย	258(87.20)	38(12.80)		
การรับรู้ความรุนแรง				
สูง	0(00.00)	0(00.00)	1.090	0.296
ปานกลาง	23(79.30)	6(20.70)		
น้อย	242(86.40)	38(13.60)		
การรับรู้ประโยชน์				
สูง	250(87.40)	36(12.60)	8.594	0.014*
ปานกลาง	13(65.00)	7(35.00)		
น้อย	2(66.70)	1(33.30)		
การรับรู้อุปสรรค				
สูง	3(100.0)	0(00.00)	5.166	0.076
ปานกลาง	17(70.80)	7(29.20)		
น้อย	245(86.90)	37(13.10)		
สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม				
สูง	247(86.70)	38(13.30)	7.341	0.025*
ปานกลาง	17(81.00)	4(19.00)		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (n = 309) (ต่อ)

ตัวแปร	ดี จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)	χ^2	p-value
น้อย	1(33.30)	2(66.70)		
ความเชื่อมั่นในตนเอง				
สูง	251(87.80)	35(12.20)	16.933	< 0.001*
ปานกลาง	11(55.00)	9(45.00)		
น้อย	3(100.0)	0(00.00)		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

6. อภิปรายผล

การอภิปรายผลจัดตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ขณะที่ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และความเชื่อมั่นในตนเองอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีมุมมองเชิงบวกต่อการออกกำลังกายและเห็นคุณค่าของการเคลื่อนไหวร่างกาย แต่ความรู้เชิงรายละเอียดเกี่ยวกับการออกกำลังกายยังควรได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะความรู้ที่แปลงไปสู่การปฏิบัติจริง เช่น การเลือกชนิดกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคประจำตัว ความหนัก ระยะเวลา และความปลอดภัย แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพชี้ว่าการรับรู้ประโยชน์ สิ่งกระตุ้น และความเชื่อมั่นในตนเองมีบทบาทต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ [6,9] ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายควรไม่เน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ควรออกแบบกิจกรรมที่ทำได้จริง ปลอดภัย และช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี ร้อยละ 85.80 อาจเนื่องมาจากบริบทของตำบลขุนทะเลเป็นพื้นที่กึ่งเมือง-กึ่งชนบท ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังคงดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัวและชุมชน มีการทำกิจกรรมในครัวเรือนหรือประกอบอาชีพที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เกษตรกรรม งานบ้าน และกิจกรรมชุมชน จึงอาจเอื้อต่อการคงพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอช่วยคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมคุณภาพชีวิต [2] อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาว่าพฤติกรรมระดับดีดังกล่าวอาจแตกต่างจากบางพื้นที่ที่พบปัญหากิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในผู้สูงอายุชนบท [10] จึงควรพัฒนาแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และความแตกต่างของสมรรถภาพผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.040$) โดยกลุ่มน้ำหนักเกินและกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติมีสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีสูงกว่ากลุ่มอ้วนระดับ 1 และอ้วนระดับ 2 ผลดังกล่าวสะท้อนว่าภาวะโภชนาการและน้ำหนักตัวอาจเกี่ยวข้องกับความสามารถ ความคล่องตัว และแรงจูงใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับสูงอาจมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว เหนื่อยง่าย ปวดข้อ หรือมีโรคร่วม ส่งผลให้การออกกำลังกายทำได้ยากขึ้น การส่งเสริมการออกกำลังกายจึงควรควบคู่กับการประเมินดัชนีมวลกายและการให้คำแนะนำที่ปลอดภัยตามสภาพร่างกาย [2,3]

ความรู้พื้นฐานและประโยชน์เกี่ยวกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ทิศทางของผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ระดับต่ำกลับมีสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีสูงกว่ากลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลางและระดับสูง ผลนี้อาจอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุไม่ได้ถูกกำหนดจากความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกี่ยวข้องกับความเคยชิน ประสบการณ์เดิม วิถีชีวิต การประกอบอาชีพ การเข้าร่วม

กิจกรรมชุมชน หรือแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด งานวิจัยในผู้สูงอายุไทยพบว่าปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมแรงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย [11] ดังนั้น การนำผลวิจัยไปใช้จึงควรออกแบบกิจกรรมที่ผสานความรู้เชิงปฏิบัติ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนต่อเนื่องจากครอบครัวและชุมชน

ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง ($p = 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ ($p = 0.014$) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ($p = 0.025$) และความเชื่อมั่นในตนเอง ($p < 0.001$) โดยการรับรู้ประโยชน์ สิ่งกระตุ้น และความเชื่อมั่นในตนเองระดับสูงสัมพันธ์กับสัดส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดีที่สูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่าบุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นเมื่อเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์ ได้รับแรงกระตุ้นที่เหมาะสม และมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ [6,9] ขณะที่การรับรู้ความเสี่ยงระดับน้อยมีสัดส่วนพฤติกรรมระดับดีสูงกว่า อาจสะท้อนว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายดีรู้สึกว่าตนเองแข็งแรงและมีความเสี่ยงต่ำ จึงควรสื่อสารความเสี่ยงอย่างสมดุล ไม่สร้างความกลัว แต่ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้

ปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ระดับความสามารถทางกาย ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น ประวัติการออกกำลังกายในอดีต การรับรู้สุขภาพของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและข้อควรระวัง ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะบางประการค่อนข้างใกล้เคียงกันและตัวแปรบางระดับมีจำนวนตัวอย่างน้อย จึงอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณารวมกลุ่มตัวแปรที่มีจำนวนน้อยหรือใช้สถิติที่เหมาะสมกับจำนวนคาดหวังในแต่ละช่อง เช่น Fisher's exact test เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความแม่นยำมากขึ้น

โดยสรุป การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเลสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ความรู้บางด้าน และองค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อค้นพบเหล่านี้ควรนำไปใช้เป็นฐานในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้เชิงปฏิบัติ การประเมินความพร้อมทางกาย การสร้างแรงกระตุ้นจากครอบครัวและชุมชน และการเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย ต่อเนื่อง และเกิดคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน

7. สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี ร้อยละ 85.80 และระดับไม่ดี ร้อยละ 14.20 ด้านความรู้พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.40 ด้านทัศนคติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.50 สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.60 สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.20 และความเชื่อมั่นในตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.60 ขณะที่การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และอุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 95.80, 90.61 และ 91.30 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($p = 0.040$) ความรู้พื้นฐานและประโยชน์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ($p < 0.001$) การรับรู้ความเสี่ยง ($p = 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ ($p = 0.014$) สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ($p = 0.025$) และความเชื่อมั่นในตนเอง ($p < 0.001$) ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้ควรนำไปใช้เป็นฐานในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดยเน้นกิจกรรมที่ปลอดภัย ปฏิบัติได้จริง มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และเสริมความเชื่อมั่นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลการศึกษานี้ไปออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการให้ความรู้ที่นำไปปฏิบัติได้จริง การสร้างการรับรู้ประโยชน์ การเพิ่มสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ควบคู่กับการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

8.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรบูรณาการการส่งเสริมการออกกำลังกายเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและโรงเรียนผู้สูงอายุ พร้อมทั้งพัฒนานวัตกรรมสุขภาพที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสังคมอัจฉริยะและยั่งยืน

8.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเพิ่มเติม ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อทดสอบโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกาย และศึกษาระยะยาวเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

9. กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ คุณประไพพรรณ ทิพย์สุวรรณ คุณปรมา วิเชียรโชติ และ คุณนิตยา แสงประจักษ์ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุตำบลขุนทะเลและตำบลมะขามเตี้ย ตลอดจนเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

10. เอกสารอ้างอิง (References)

[1] National Statistical Office. (2024). The 2024 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office. (In Thai)

[2] World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

[3] Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). Food and exercise for older adults. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health. (In Thai)

[4] Thongyu, S. (2022). Knowledge, attitudes, and exercise behavior of older adults in the Central Region of Thailand. *Community Public Health Journal, 28*(4), 112–124. (In Thai)

[5] Khampun, J. (2021). Self-efficacy and exercise behavior among older adults in Chiang Rai Province. *Journal of Nursing Science and Health, 37*(2), 22–34. (In Thai)

[6] Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 328–335. https://doi.org/10.1177/109019817400200403

[7] Jirawattanakul, A. (2015). Biostatistics for health science research (4th ed.). Khon Kaen: Klang Nana Witaya. (In Thai)

[8] Makmay, P. (2022). Exercise behavior of older adults in Mae Tho Subdistrict, Mueang District, Tak Province. Academic Journal of Community Public Health, 8(1), 60–72. (In Thai)

[9] Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). The Health Belief Model of Behavior Change. In StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/

[10] Ethisan, P., Somrongthong, R., Ahmed, J., Kumar, R., & Chapman, R. S. (2017). Factors related to physical activity among the elderly population in rural Thailand. Journal of Primary Care & Community Health, 8(2), 71–76. https://doi.org/10.1177/2150131916675899

[11] Deephai, N., Schmidt, B., & Laprattanathong, P. (2026). Factors affecting physical activity behavior among the elderly in Chiang Mai Province, Thailand. International Journal of Sociologies and Anthropologies Science Reviews, 6(2), 143–160. https://doi.org/10.60027/ijsasr.2026.8079