

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางวิถีชะลอวัยของบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

จิตรา นุช เทียมเขา, สม. ^{*1}

ณอติณัฐ สิริเศรษฐ์ภพ, ปร.ค. ^{**} วัชรภรณ์ วงศ์สกุลกาญจน์, ปร.ค. ^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางวิถีชะลอวัยและปัจจัยที่มีอิทธิพลของบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรอายุ 35–59 ปี จำนวน 298 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.80 - 0.94 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 0.60) แม้ความรู้จะอยู่ระดับสูง ร้อยละ 62.4 และตัวแปรจิตสังคมทุกตัวอยู่ในระดับสูง สะท้อน Knowledge-Practice Gap ที่มีนัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์รายด้าน ด้านกิจกรรมทางกาย ($\bar{X} = 3.07$) และ โภชนาการ ($\bar{X} = 3.12$) มีคะแนนต่ำสุด แตกต่างจากทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ขณะที่ด้านการหลีกเลี่ยงสารพิษมีคะแนนสูงสุด ($\bar{X} = 4.06$) พบ Education Paradox คือ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า [$F(2,295) = 8.682$, $p < 0.001$] ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.275$) แรงจูงใจ ($\beta = 0.252$) สถานภาพสมรส ($\beta = 0.128$) ระดับการศึกษา ($\beta = -0.184$) คำนึงมวลกาย ($\beta = -0.170$) และความพอเพียงของรายได้ ($\beta = -0.108$) โดยรวมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 40.6 ($R^2 = 0.406$, $p < 0.001$)

ช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติในด้าน โภชนาการและกิจกรรมทางกายเป็นประเด็นเร่งด่วน ต้องให้ความสำคัญกับการบริหารภาระงาน การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมระดับองค์กร มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ, วิถีชะลอวัย, บุคลากร โรงพยาบาล

*นักศึกษาลัทธิปริญญาสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

**อาจารย์หลักสูตรสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต (สม.) สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: จิตรา นุช เทียมเขา, E-mail: baitongzaka@gmail.com

ส่งเรื่อง: 27 กุมภาพันธ์ 2569

แก้ไข: 24 เมษายน 2569

อนุมัติตีพิมพ์: 27 เมษายน 2569

Factors Influencing Health Behavior in accordance with Anti-Aging Lifestyle of Personnel at Sakaeo Crown Prince Hospital

Jittranuch Thiamkhao, M.P.H.^{*1}

Cherlyn Sirisetpop, Ph.D.^{**}, Watcharaporn Wongsakulkarn, Ph.D.^{**}

Abstract

This cross-sectional analytical study examined anti-aging health behaviors and influencing factors among 298 personnel (aged 35–59) at Crown Prince Sa Kaeo Hospital, selected via multi-stage sampling. Data were collected using a validated questionnaire (reliability 0.80-0.94) and analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

Overall health behavior was at a moderate level (mean = 3.55, S.D. = 0.60), despite 62.4% having high knowledge and all psychosocial variables (attitude, environment, social support, motivation) at high levels, indicating a significant Knowledge-Practice Gap. Dimensional analysis revealed physical activity (mean = 3.07) and nutrition (mean = 3.12) as the lowest dimensions, significantly lower than all others ($p < 0.001$), while avoiding toxins scored highest (mean = 4.06). An Education Paradox was observed: higher education was associated with lower health behavior scores [$F(2,295) = 8.682, p < 0.001$]. Significant influencing factors included social support (beta = 0.275), motivation (beta = 0.252), marital status (beta = 0.128), education (beta = -0.184), BMI (beta = -0.170), and income sufficiency (beta = -0.108), jointly explaining 40.6% of variance ($R^2 = 0.406, p < 0.001$).

The knowledge-practice gap in nutrition and physical activity requires urgent intervention through workload management and organizational peer-support systems, rather than knowledge dissemination alone.

Keywords : Health Behavior, Anti-Aging Lifestyle, Hospital Personnel

^{*}Student in the Master of Public Health (M.P.H) Program in Health System Management, Valaya Alongkorn Rajabhat University under royal patronage, Pathum Thani Province.

^{**}Lecturer in the Master of Public Health (M.P.H) Program in Health System Management, Valaya Alongkorn Rajabhat University under royal patronage, Pathum Thani Province.

¹Corresponding author: Jittranuch Thiamkhao, E-mail: baitongzaka@gmail.com

Submission: 27 February 2026

Revised: 24 April 2026

Publication: 27 April 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิถีชะลอวัย (Anti-Aging Lifestyle) เป็นนวัตกรรมการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) มุ่งชะลอความเสื่อมของร่างกาย ลดความเสี่ยงโรค และยกระดับคุณภาพชีวิตระยะยาว โดยเน้นพฤติกรรมหลัก 6 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการหลีกเลี่ยงสารพิษ⁽¹⁻²⁾ หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าการปรับพฤติกรรมดังกล่าวช่วยลดเซลล์ชราภาพ ชะลอความเสื่อม และลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ขณะที่พฤติกรรมเสี่ยงเร่งกระบวนการชรา และเพิ่มความเสียหายโรคเรื้อรัง⁽³⁾

NCDs เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ปี 2564 มีผู้เสียชีวิตกว่า 43 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽⁴⁾ ขณะที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์ปี 2567⁽⁵⁾ สะท้อนความเร่งด่วนในการเตรียมสุขภาพวัยทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มอายุ ≥ 35 ปี ซึ่งเริ่มมีความเสี่ยงโรคเรื้อรังสูงขึ้น⁽⁶⁾ เวชศาสตร์วิถีชีวิต จึงเป็นนวัตกรรมที่สำคัญยิ่งสำหรับกลุ่มนี้⁽⁷⁾ โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ควรเป็นทั้งผู้ให้บริการและต้นแบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วกลับพบอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 44.4 ภาวะอ้วนร้อยละ 34.2 และกลุ่มเสี่ยงด้านความดันโลหิตสูง

ไขมัน และน้ำตาลในสัดส่วนสูง⁽⁸⁾ ชัดแย้งกับบทบาทต้นแบบสุขภาพที่พึงปรารถนา

แม้การศึกษาในไทยที่ผ่านมา⁽⁹⁻¹⁰⁾ จะพบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้และทัศนคติต่อวิถีชะลอวัยในระดับดี แต่ยังมีช่องว่างสำคัญอย่างน้อยสามประการ คือ ขาดการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแยกรายด้านทั้ง 6 ด้านอย่างเป็นระบบ ยังไม่มีหลักฐานที่ตรวจสอบว่าความรู้สูงนำไปสู่การปฏิบัติจริงหรือไม่ (Knowledge-Practice Gap) และขาดการวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกันในบริบทโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีชะลอวัยทั้ง 6 ด้าน และปัจจัยที่มีอิทธิพลในบุคลากรดังกล่าว เพื่อระบุจุดอ่อนที่ต้องแทรกแซงเร่งด่วน ออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงจุด และยกระดับประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางวิถีชะลอวัยของบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางวิถีชะลอวัยของบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นกรอบพฤติกรรมสุขภาพ และประยุกต์ PRECEDE

Framework ร่วมกับทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) เพื่ออธิบายปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

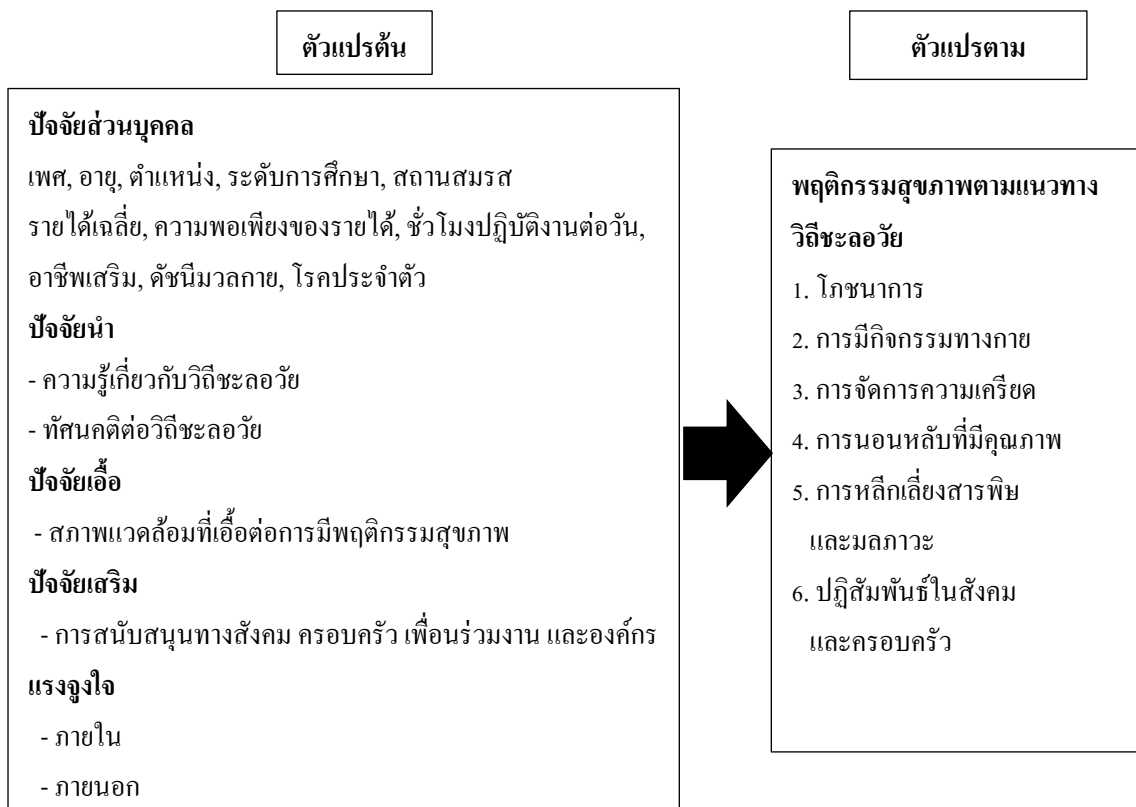


Figure 1: Conceptual Framework of the Research

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical research) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาใด

เวลาหนึ่ง เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางวิถีชะลอวัยของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัด

สระแก้ว ที่มีอายุระหว่าง 35–59 ปี จำนวนทั้งสิ้น 718 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2568)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดสถิติวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power (Version 3.1) ด้วยวิธี A priori power analysis ภายใต้ F tests เลื่อนสถิติ Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size; f^2) เท่ากับ 0.11 อ้างอิงเกณฑ์ของ Cohen⁽¹¹⁾ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 และจำนวนตัวแปรทำนาย 16 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 273 คน และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล รวมเป็น 303 คน โดยผลการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้กลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์ทั้งสิ้น 298 คน ร้อยละ 99.3

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยเริ่มจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนตำแหน่งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน จากนั้นจึงดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกสมาชิกเข้าสู่กลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่กำหนด

ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ บุคลากรที่มีอายุ 35–59 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ บุคลากรที่ไม่สามารถสื่อสารเพื่อตอบคำถามได้ หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชีแจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google Form) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568 และตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูล (Data Cleaning) ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ตอน รวม 98 ข้อ ดังแสดงใน Table 1

Table 1: Structure and Characteristics of the Questionnaire.

ตอนที่	ตัวแปร	จำนวน ข้อ	ลักษณะข้อคำถาม	เกณฑ์แปลผล
1	ข้อมูลส่วนบุคคล	11	ปลายปิด/ระบุค่า	-
2	ความรู้เกี่ยวกับวิถีชะลอวัย	18	ถูก/ผิด (1/0)	เกณฑ์ Bloom ⁽¹²⁾ : ต่ำ <60%, ปานกลาง 60-79%, สูง \geq 80%
3	ทัศนคติต่อวิถีชะลอวัย	18	Likert 5 ระดับ	เกณฑ์ Best ⁽¹³⁾ : ต่ำ 1.00-2.33, ปานกลาง 2.34-3.67, สูง 3.68-5.00
4	สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรม สุขภาพ	10	Likert 5 ระดับ	เช่นเดียวกับตอนที่ 3
5	การสนับสนุนทางสังคม (ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และองค์กร)	12	Likert 5 ระดับ	เช่นเดียวกับตอนที่ 3
6	แรงจูงใจตามวิถีชะลอวัย	10	Likert 5 ระดับ	เช่นเดียวกับตอนที่ 3
7	พฤติกรรมสุขภาพตามวิถีชะลอวัย (6 ด้าน*)	19	Likert 5 ระดับ	เช่นเดียวกับตอนที่ 3

Note: *The six domains include nutrition, physical activity, stress management, sleep, avoidance of toxins and pollution, and social interaction.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) กำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ $IOC > 0.50$ จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน พบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามส่วนอื่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α) อยู่ระหว่าง 0.80-0.94 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Google Form ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2568 ระยะเวลา 2 เดือน ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพเสริม และโรคประจำตัว วิเคราะห์

ด้วยความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อวัน และดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาผลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และแรงจูงใจ ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางวิถีชะลอวัย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.9 มีอายุเฉลี่ย 45.4 ± 6.9 ปี โดยช่วงอายุ 45-49 ปีมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ

26.5 ด้านตำแหน่งงาน พบว่าสายวิชาชีพมีสัดส่วนร้อยละ 60.7 และสายสนับสนุน ร้อยละ 39.3 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 45.0 อยู่ในสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.1 มีรายได้เฉลี่ย 10,001–20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.6 และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม ร้อยละ 36.6

ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย $26.8 \pm 5.3 \text{ kg./m.}^2$ โดยร้อยละ 31.9 มีภาวะอ้วนระดับ 1 (BMI 25.0-29.9 kg./m.^2) และร้อยละ 21.5 อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 2 ขึ้นไป รวมแล้วมีบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วนถึงร้อยละ 57.6 ซึ่งเป็นประเด็นที่น่ากังวลอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวตามการวินิจฉัยของแพทย์ ร้อยละ 69.8 รายละเอียดดังแสดงใน Table 2

Table 2: Personal Characteristics of the Participants.

ตัวแปร	n	%	ตัวแปร	n	%
เพศ			รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ชาย	49	16.4	≤ 10,000	43	14.4
หญิง	249	83.6	10,001–20,000	141	47.3
กลุ่มอายุ (ปี) (Mean ± SD = 45.4 ± 6.9)			20,001–30,000	85	28.5
35–39 ปี	73	24.5	> 30,000	29	9.7
40–44 ปี	63	21.1	ความพอเพียงของรายได้		
45–49 ปี	75	25.2	รายได้ไม่เพียงพอ	43	14.4
50–54 ปี	52	17.4	เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม	128	43.0
55–59 ปี	35	11.7	เพียงพอและมีเงินออม	105	35.2
			มีเงินออมและเหลือเพื่อ	22	7.4

Table 2: Personal Characteristics of the Participants (Continue)

ตัวแปร	n	%	ตัวแปร	n	%
ตำแหน่งงาน			ดัชนีมวลกาย (BMI) (Mean ± S.D. = 26.8 ± 5.3 kg/m.²)		
สายวิชาชีพ	181	60.7	น้ำหนักน้อย (< 18.5)	3	1.0
สายสนับสนุนทั่วไป	117	39.3	ปกติ (18.5–22.9)	58	19.5
ระดับการศึกษา			เริ่มอ้วน (23.0–24.9)	71	23.8
ต่ำกว่าปริญญาตรี	50	16.8	อ้วนระดับ 1 (25.0–29.9)	102	34.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	149	50.0	อ้วนระดับ 2+ (≥ 30.0)	64	21.5
สูงกว่าปริญญาตรี	99	33.2	โรคประจำตัว (ตามการวินิจฉัยแพทย์)		
สถานภาพสมรส			ไม่มีโรคประจำตัว	208	69.8
โสด	68	22.8	มีโรคประจำตัว	90	30.2
สมรสหรืออยู่ด้วยกัน	178	59.7			
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	52	17.4			

ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพและระดับตามเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางวิถีชะลอวัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.55$, S.D. = 0.60) ตามเกณฑ์ของ Best ซึ่งสะท้อนว่าบุคลากรโรงพยาบาลที่ควรเป็น

ต้นแบบสุขภาพยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาว่ากลุ่มตัวอย่างเดียวกันมีความรู้เกี่ยวกับวิถีชะลอวัยในระดับสูงถึงร้อยละ 62.4 ผลลัพธ์นี้สะท้อน Knowledge-Practice Gap ที่มีนัยสำคัญทางสาธารณสุข รายละเอียดดังแสดงใน Figure 2

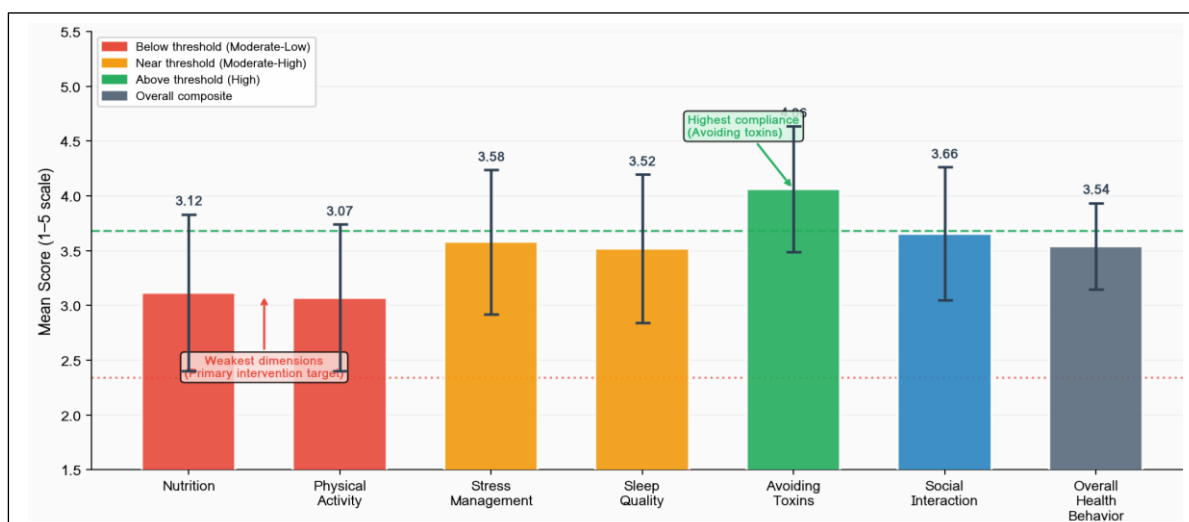


Figure 2: Anti-Aging Health Behavior Scores by Dimension (n = 298) [Dashed = High threshold 3.68; Dotted = Low threshold 2.34 (Best[s criterion)]

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน 6 ด้าน

เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแยกรายด้านทั้ง 6 ด้านตามกรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิต พบรูปแบบที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ดังนี้

ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางกาย ($\bar{x}=3.07$, S.D. = 0.67) และงานโภชนาการ ($\bar{x}=3.12$, S.D. = 0.71) ซึ่งทั้งสองด้านอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ และมีเพียงร้อยละ 18.1 และ 21.8 ตามลำดับที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง สิ่งที่น่าสังเกตคือ โภชนาการและกิจกรรมทางกายเป็นพฤติกรรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากที่สุดในการชะลอวัย แต่กลับเป็นจุดอ่อนที่สุดในกลุ่มตัวอย่างนี้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 57.6 ที่พบในส่วนปัจจัยส่วนบุคคล

ในทางตรงข้าม ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการหลีกเลี่ยงสารพิษและมลภาวะ ($\bar{x}=4.06$, S.D. = 0.57) ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยมีถึงร้อยละ 77.2 ที่ปฏิบัติในระดับสูง รองลงมาคือด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว ($\bar{x}=3.66$, S.D. = 0.61) ด้านการจัดการความเครียด ($\bar{x}=3.58$, S.D. = 0.66) และด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ ($\bar{x}=3.52$, S.D. = 0.68) ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง

การวิเคราะห์ด้วย Paired t-test ยืนยันว่าคะแนนด้านกิจกรรมทางกายและโภชนาการแตกต่างจากทุกด้านที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งหมด แสดงว่าความแตกต่างเป็นจริงและไม่ใช่ความบังเอิญ ข้อมูลรายด้านดังแสดงใน Figure 3

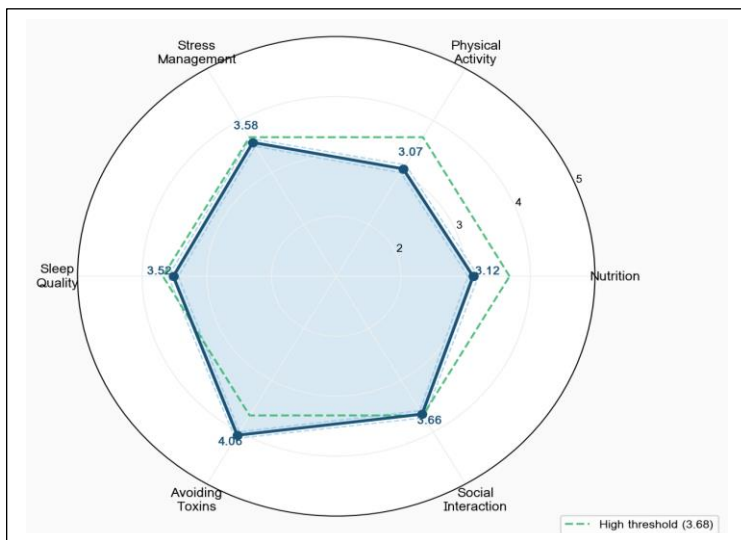


Figure 3: Radar Profile: Anti-Aging Health Behavior by Dimension (n = 298)

ระดับคะแนนขององค์ความรู้และการปฏิบัติ

ประเด็นที่มีนัยสำคัญที่สุดในงานวิจัยนี้คือ การพบ Knowledge-Practice Gap ที่ชัดเจน กล่าวคือ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ระดับสูงถึง

ร้อยละ 62.4 แต่พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่เพียงระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.55$) และเมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่มีความรู้สูง พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 3.56 ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

จากกลุ่มที่มีความรู้ต่ำ-ปานกลาง ($\bar{x} = 3.50$, $t = 0.349$, $p = 0.727$) หมายความว่า การมีความรู้มากขึ้นไม่ได้นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยตรง ดังแสดงใน Figure 4

ยิ่งไปกว่านั้น ยังพบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจยิ่งขึ้น คือ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.40$) เมื่อเทียบกับกลุ่มปริญญาตรี ($\bar{x} = 3.59$)

และต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{x} = 3.84$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ [$F(2,295) = 8.682$, $p < 0.001$] ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า "Education Paradox" และชี้ว่าความรู้และการศึกษาไม่ใช่ทั่วโลกเพียงพอสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยด้านภาระงานและเวลาน่าจะมีบทบาทสำคัญในกลุ่มที่มีการศึกษาสูง

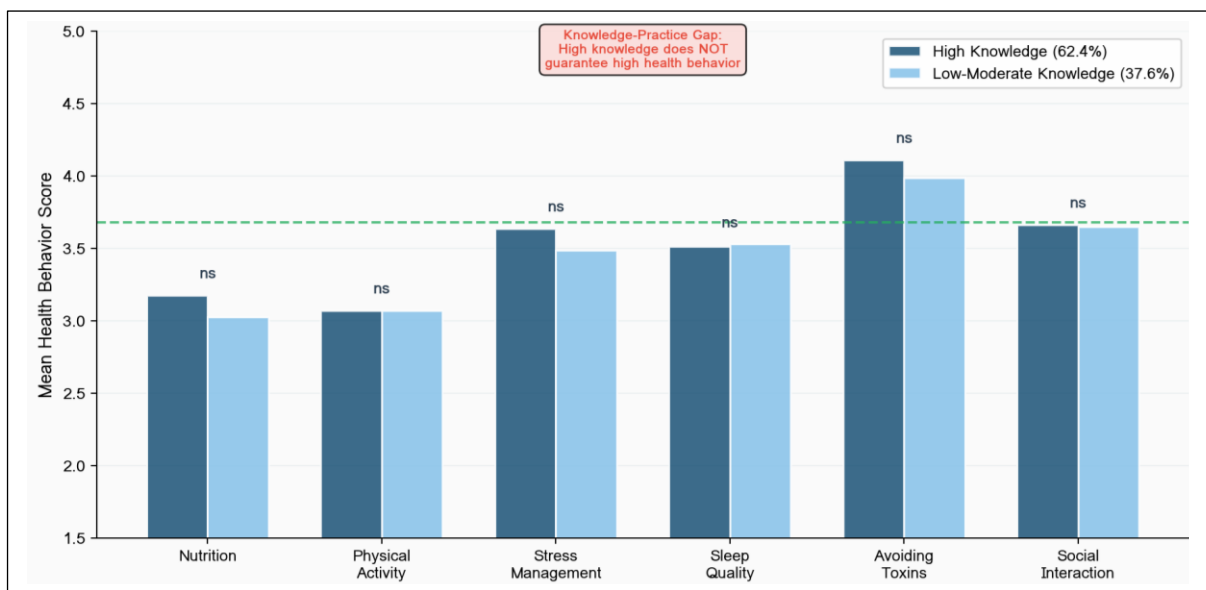


Figure 4: Knowledge-Practice Gap: Health Behavior by Dimension Comparison High vs Low-Moderate Knowledge Groups (* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, ns = not significant)

ระดับตัวแปรจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง (บริบทของพฤติกรรมสุขภาพ)

เพื่อทำความเข้าใจบริบทที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์ตัวแปรจิตสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อวิถีชะลอวัยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.83$, S.D. = 0.38) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.87$, S.D. = 0.51) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และองค์กรอยู่ใน

ระดับสูง ($\bar{x} = 3.90$, S.D. = 0.68) และแรงจูงใจตามแนวทางวิถีชะลอวัยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.51) ที่น่าสังเกตคือ ตัวแปรทุกตัวอยู่ในระดับสูง ขณะที่พฤติกรรมจริงอยู่เพียงระดับปานกลาง ยืนยัน Knowledge-Practice Gap ในมิติที่กว้างขึ้น คือ แม้แต่ทัศนคติที่ดีและแรงจูงใจสูงยังไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมจริงได้อย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีชะลอวัย

ความสัมพันธ์ระดับตัวแปร จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางถึงสูง

($r = 0.498, p < 0.001$) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.443, p < 0.001$) ขณะที่ระดับการศึกษา ($r = -0.234, p < 0.001$) และดัชนีมวลกาย ($r = -0.166, p = 0.004$) มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่มีคู่มิพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มไม่มีคู่ออย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{x} = 3.64$ vs $3.46, t = 2.388, p = 0.018$) ดังแสดงใน Figure 5

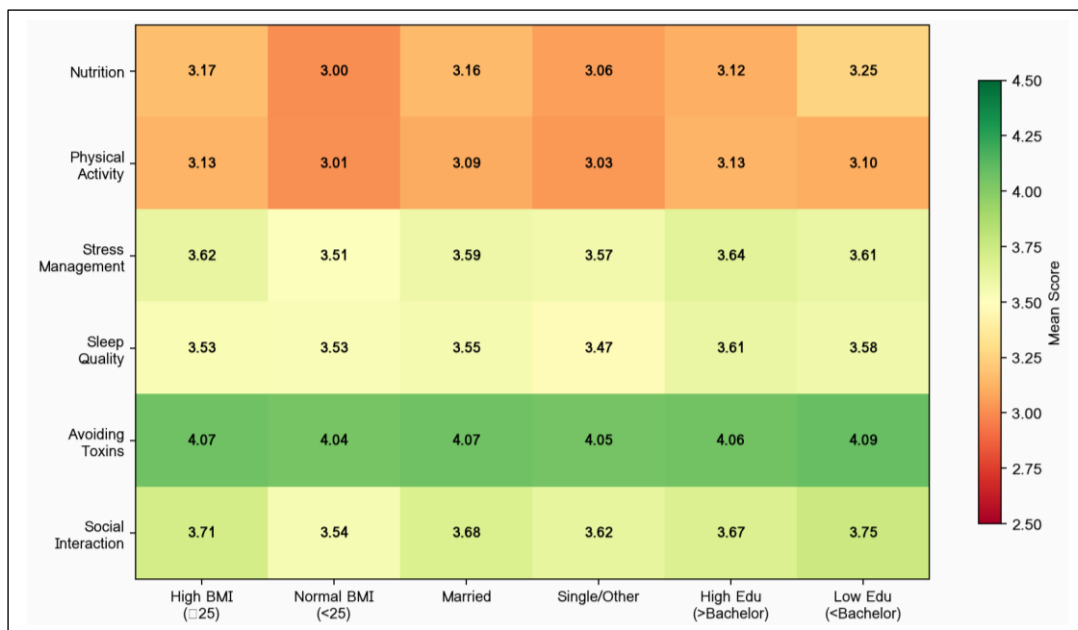


Figure 5: Heatmap: Health Behavior by Dimension x Subgroup (n = 298) [Red = Low performance; Green = High performance]

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าค่า VIF ของทุกตัวแปรต่ำกว่า 2.0 (ไม่มีปัญหา Multicollinearity) ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 6 ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 40.6 [$R^2 = 0.406, Adjusted R^2 = 0.416, F(7, 290) = 12.012, p < 0.001$] ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลสูงตามเกณฑ์ Cohen ($f^2 > 0.35$) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัว

พยากรณ์ที่มีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = 0.275, 95\%CI [0.175, 0.375], p < 0.001$) นำหน้าแรงจูงใจ ($\beta = 0.252, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ PRECEDE ที่ระบุว่าปัจจัยเสริม (reinforcing factors) จากสภาพแวดล้อมสังคมมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยนำ (predisposing factors) ส่วนตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ผลนี้มีนัยสำคัญทางนโยบายอย่างมาก เพราะชี้ว่าการออกแบบระบบ Health Buddy และ Peer Support

จะมีประสิทธิผลสูงกว่าการให้ความรู้หรือฝึกอบรมเพียงอย่างเดียว

ระดับการศึกษาที่มีอิทธิพลเชิงลบ ($\beta = -0.184, p = 0.007$) ยืนยัน Education Paradox ที่พบในวัตถุประสงค์ข้อแรก ดัชนีมวลกายมีอิทธิพลเชิงลบ ($\beta = -0.170, p = 0.001$) สร้าง

Negative feedback loop กล่าวคือ BMI สูง ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพลดน้อยลง และพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำก็ทำให้ BMI สูงขึ้นต่อไป และความพอเพียงของรายได้มีอิทธิพลเชิงลบ ($\beta = -0.108, p = 0.041$) สะท้อนภาวะ Time Scarcity ในกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า

Table 3: Multiple Regression Analysis of Factors Influencing Health Behaviors (n=298).

ตัวแปรพยากรณ์	β (Std.)	b (Unstd.)	SE	t	p	95% CI
การสนับสนุนทางสังคม	0.275	0.404	0.056	7.274	< 0.001	(0.295, 0.513)
แรงจูงใจ	0.252	0.217	0.072	3.037	0.003	(0.076, 0.358)
สถานภาพสมรส (มีคู่ = 1)	0.128	0.148	0.057	2.572	0.011	(0.035, 0.261)
ความพอเพียงของรายได้	-0.108	-0.097	0.035	-2.810	0.005	(-0.165, -0.029)
ดัชนีมวลกาย (BMI)	-0.170	-0.027	0.005	-5.083	< 0.001	(-0.037, -0.017)
ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี vs ต่ำกว่า)	-0.184	-0.328	0.079	-4.158	< 0.001	(-0.483, -0.173)
ระดับการศึกษา (สูงกว่า vs ต่ำกว่า)	-0.184	-0.565	0.084	-6.732	< 0.001	(-0.730, -0.400)
ค่าคงที่ (Constant)	-	2.358	0.280	8.425	< 0.001	(1.807, 2.908)

Note: β (Std.) = Standardized coefficient; b (Unstd.) = Unstandardized coefficient; SE = Standard Error; Robust standard errors; VIF < 2.0 (not multicollinearity); $R^2 = 0.406, \text{Adj } R^2 = 0.416, F(7, 290) = 12.012, p < 0.001$

อภิปรายและสรุปผล

ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ

ผลการวิจัยค้นพบ Knowledge-Practice Gap ที่มีนัยสำคัญทางสาธารณสุข แม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.4 จะมีความรู้เกี่ยวกับวิถีชะลอวัยในระดับสูง แต่พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่เพียงระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.55, S.D. = 0.60$) และเมื่อ

วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีความรู้สูงกับต่ำ-ปานกลาง พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 0.349, p = 0.727$) แสดงว่าการมีความรู้มากขึ้น ไม่ได้นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นโดยตรง⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ และยืนยันแนวคิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต้องอาศัยกลไกทางสังคมและสภาพแวดล้อมไม่ใช่ความรู้เท่านั้น⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน: จุดอ่อนและจุดแข็ง

ด้านกิจกรรมทางกาย ($\bar{x} = 3.07$, S.D. = 0.67) และด้านโภชนาการ ($\bar{x} = 3.12$, S.D. = 0.71) เป็นด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด Paired t-test ยืนยันว่าทั้งสองด้านแตกต่างจากทุกด้านที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ทั้งที่เป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่สุดต่อการชะลอวัย⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ สอดคล้องกับข้อมูลภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 57.6 ซึ่งน่าจะเป็นผลโดยตรงจากพฤติกรรมสองด้านนี้ ในทางตรงข้าม การหลีกเลี่ยงสารพิษและมลภาวะมีคะแนนสูงสุด ($\bar{x} = 4.06$) สะท้อนว่าพฤติกรรมที่ไม่ต้องใช้ความพยายามด้านร่างกายหรือปรับตารางเวลา จะมีการปฏิบัติตามได้ดีกว่า⁽¹⁹⁾

Education Paradox: ปรากฏการณ์การศึกษาสูง แต่พฤติกรรมต่ำกว่า

กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีพฤติกรรมสุขภาพต่ำที่สุด ($\bar{x} = 3.40$) เทียบกับปริญญาตรี ($\bar{x} = 3.59$) และต่ำกว่าปริญญาตรี ($\bar{x} = 3.84$) [$F(2,295) = 8.682$, $p < 0.001$] และพบผลสอดคล้องในการวิเคราะห์ถดถอย ($\beta = -0.184$, $p = 0.007$) อธิบายได้ด้วยแนวคิด time scarcity⁽¹⁸⁾ คือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีภาระงานมากกว่า มีเวลาน้อยกว่าในการออกกำลังกายและเตรียมอาหารสุขภาพ ซึ่งน่าจะต้องแก้ที่ระบบการจัดการภาระงาน ไม่ใช่การฝึกอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม

ตัวแปรจิตสังคม: ศักยภาพที่ยังไม่ถูกใช้เต็มที่

ตัวแปรจิตสังคมทุกตัวอยู่ระดับสูง (ทัศนคติ $\bar{x} = 3.83$; สภาพแวดล้อม $\bar{x} = 3.87$; การสนับสนุนทางสังคม $\bar{x} = 3.90$; แรงจูงใจ $\bar{x} = 3.98$) ขณะที่พฤติกรรมจริงอยู่ระดับปานกลาง ยืนยัน Gap ในมิติที่กว้างขึ้น ว่าต้องอาศัยกลไกทางสังคมและสภาพแวดล้อมเพื่อแปรทัศนคติและแรงจูงใจสู่การปฏิบัติจริง^(2, 20-21)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์อันดับ 1 ($\beta = 0.275$, $p < 0.001$) ตามกรอบ PRECEDE-PROCEED ซึ่งว่าการสร้างระบบ Health Buddy และ Peer Support จะมีประสิทธิผลสูงกว่าการฝึกอบรม^(16, 21-22) ดัชนีมวลกายมีอิทธิพลเชิงลบ ($\beta = -0.170$) สร้าง Negative feedback loop ต้องแทรกแซงพร้อมกันทั้งพฤติกรรมและน้ำหนัก^(18, 23) สถานภาพสมรส ($\beta = 0.128$) และความพอเพียงของรายได้ ($\beta = -0.108$)^(18, 22, 24)

สรุปผล

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.55$) แม้มีความรู้และปัจจัยจิตสังคมทุกด้านในระดับสูง สะท้อน Knowledge-Practice Gap เมื่อวิเคราะห์รายด้าน กิจกรรมทางกาย ($\bar{x} = 3.07$) และโภชนาการ ($\bar{x} = 3.12$) ต่ำสุดทั้งที่สำคัญที่สุดต่อการชะลอวัย ด้านหลีกเลี่ยงสารพิษสูงสุด ($\bar{x} = 4.06$) พบ Education Paradox [$F(2,295) = 8.682$, $p < 0.001$] และปัจจัยพยากรณ์ 6 ตัว อธิบายความแปรปรวนร้อยละ 40.6 ($R^2 = 0.406$, $p < 0.001$) โดยการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด ($\beta = 0.275$)

ข้อเสนอแนะ

1. จัดโปรแกรม "กิจกรรมทางกายในที่ทำงาน" (Workplace Physical Activity Program) บูรณาการออกกำลังกาย 10-15 นาทีเข้ากับตารางงาน พร้อมจัดพื้นที่ออกกำลังกายที่เข้าถึงง่าย เพื่อแก้จุดอ่อนด้านกิจกรรมทางกายและโภชนาการ

2. ทบทวนภาระงานบุคลากรสายวิชาชีพ และผู้มีการศึกษาสูง เพื่อแก้ Education Paradox กำหนดนโยบายเวลาพักที่เพียงพอสำหรับกิจกรรมสุขภาพ และพัฒนา Health Point System เน้นรางวัลด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะ

3. จัดโปรแกรมจัดการน้ำหนักบุคลากร สำหรับบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (ร้อยละ 57.6) เพื่อตัด Negative feedback loop ระหว่าง BMI สูงกับพฤติกรรมสุขภาพต่ำ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว (รหัสโครงการ S001q/69 Exempt) วันที่อนุมัติ 27 ตุลาคม 2568

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. WAY OF LIFE ไร้ชีวิตให้ง่าย สุข สนุก สุขภาพดี. นนทบุรี : กรมอนามัย, 2566.
<https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/way-of-life/>
2. มาศ ไม้ประเสริฐ. เวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพคืออะไร?. สุทธิปริทัศน์ 2559;30(ฉบับพิเศษ):266-80. <https://so05.tcithaijo.org/index.php/DPUSuthiparithatJournal/article/view/244195>
3. Redemptus, Weraman P, Umbu Roga A. Holistic Therapy to Improve Quality of Life in Chronic Disease Patients. Jurnal Promkes 2023;11(1SP):108-12.
[DOI:10.20473/jpk.V11.I1SI.2023.108-112](https://doi.org/10.20473/jpk.V11.I1SI.2023.108-112)
4. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. 2024. [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567.
https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf

6. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรคชวนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32939&deptcode=brc>
7. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์, ธนินสา อนุญาหงษ์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567;1(4):1-12. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hpc8Journal/article/view/1353>
8. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี 2567 ของบุคลากร. สระแก้ว : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2567.
9. ภัทราวดี อำไพพันธุ์, พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตามศาสตร์ชะลอวัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.พ. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://perma.cc/ELF4-FRQ9>
10. อธิเชษฐ์ พนิชชัยศักดิ์, อรชร อิงคานวัฒน์, นุริม โอทกานนท์. ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยในประเทศไทย. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2565;47(1):5-14. <https://thaidj.org/index.php/CHJ/article/view/10307>
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1988.
12. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives. Handbook I: Cognitive Domain. New York, NY: D. McKay Co, 1956.
13. Best JW. Research in education. 3th ed. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1977.
14. ปณิชนันท์ ทองวงศ์ญาติ, มิ่งขวัญ ศิริโชติ, สุรเดช สำราญจิตต์, จันทร์จาริ เกตุมาโร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มวัยทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางมะพร้าว อำเภอลำลูกกา จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2566;24(1):460-9. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/260737>
15. วริยา บุญทอง, พัชรา พลเยี่ยม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2569 ก.พ. 24]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/general-of-3/207681>

16. นันทนาถ ช่วยสกุล, ภากร ช่วยสกุล. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2569 ก.พ. 24]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hpc11.anamai.moph.go.th/th/owc-64/215407>
17. Martel J, Ojcius DM, Young JD. Lifestyle interventions to delay senescence. *Biomed J* 2024;47(2):100676.
DOI:[10.1016/j.bj.2023.100676](https://doi.org/10.1016/j.bj.2023.100676)
18. Kopp W. Aging and "Age-Related" Diseases - What Is the Relation?. *Aging Dis* 2024;16(3):1316-46.
DOI:[10.14336/AD.2024.0570](https://doi.org/10.14336/AD.2024.0570)
19. สุภาพรรณ ทิพย์สัจจะธรรม, ประภาพีญ สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์ชะลอวัยในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม* 2567;8(8):2.59-305. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/JSC/article/view/276428>
20. อธิธิเชษฐ์ พนิตชัยศักดิ์. ความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริโภคอาหารชะลอวัยเพื่อการรักษาในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563.
21. Knaggs H, Lephart ED. Enhancing Skin Anti-Aging through Healthy Lifestyle Factors. *Cosmetics*. 2023;10(5):142.
<https://doi.org/10.3390/cosmetics10050142>
22. พงศธร ศิลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2560.
https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/info/item/dc:145437
23. Ni WQ, Xu J, Liu M, Liu XL, Yang LC, Zhuo ZP, et al. Clustering of Non-communicable Diseases Risk Factors in Healthy Adults Aged 35 Years and Older in Shenzhen, China. *Biomed Environ Sci* 2017;30(9):661-6. DOI:[10.3967/bes2017.087](https://doi.org/10.3967/bes2017.087)
24. Moghimi A, Saberi Isfeedvajani M, Javanbakht M, Khedmat L. Health-promoting lifestyle behaviors and its association with sociodemographic characteristics in hospital clinical staff. *Front Public Health* 2024;12:1391094.
DOI:[10.3389/fpubh.2024.1391094](https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1391094)