วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ปีที่ 47 ฉบับเพิ่มเติม กรกฎาคม – กันยายน 2567

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

กรกนก นาเครือ
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วันรับ 25 กรกฎาคม 2567, วันแก้ไข 14 ตุลาคม 2567, วันตอบรับ 15 ตุลาคม 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 223 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยนักวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) อายุเฉลี่ย 70 ปี มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน (ร้อยละ 64.1, 31.8 และ 26.3 ตามลำดับ) มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 (สัมพันธภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และการนอนหลับอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.4, 76.7, 67.7 และ 43.5 ตามลำดับ) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การมีนโยบายสุขภาพในชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ (χ^2=8.79, 30.92, 12.38, 27.62, 10.31, 38.0, 5.73 และ 6.56 ตามลำดับ) งานวิจัยนี้เสนอแนะว่าควรมีการสร้างความรอบรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอาหารและการออกกำลังกาย หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่นควรสนับสนุนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้สูงอายุ

Factors Related to Health Behavior According to Lifestyle Medicine of the Elderly in Ratchaburi Province

Kornkanok Nakhruea
Region Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Received 25 July 2024, Revised 14 October 2024, Accepted 15 October 2024.

Abstract

The Descriptive study aimed to study the level of health behavior and factors of personal, predisposing, enabling, and reinforcing that related to health behavior according to Lifestyle Medicine of the elderly in Ratchaburi province. The sampled were 223 elderly who were 60 years old and over, social bound who were members of the Elderly Club, selected by multi-stage sampling. Data were collected was conducted by using an interview form by the researcher assistant. The data analyzed by descriptive statistics, Chi-square statistical test. The findings showed that samples were female (68.6%) with an average age of 70 years, 43.3%, had an underlying diseases (75.3%), such as Hypertension, Dyslipidemia and Diabetes Mellitus (64.1%, 31.8% and 26.3%, respectively). They had very good level of health behavior according to Lifestyle Medicine to 52.5% (social connections, avoidance of risky substances, stress management and restorative sleep were at an excellent level of 83.4, 76.7, 67.7 and 43.5%, respectively). The factors related to health behaviors according to Lifestyle Medicine guidelines which has a statistical significance ($p<0.05$) included gender, Lifestyle Medicine knowledge, perception of health status, access to healthy food stores, access to exercise facilities, having a healthy policy in the community, access to public health services, receiving support from family and health personnel (χ^2 =8.79, 30.92, 12.38, 27.62, 10.31, 38.0, 5.73 and 6.56, respectively). Therefore, health literacy should be created for changing health behaviors according to Lifestyle Medicine, especially food and exercise. Public sector and local government organizations should be use community healthy policies in the community and creating a culture of caring for the elderly in order to encourage having healthy behavior of the elderly.

Keywords: Health Behavior, Lifestyle Medicine, Elderly

■ บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี 2574[1] ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลสูง และโรคอ้วน[2] สำหรับจังหวัดราชบุรี จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 51.97, 22.86 และ 1.38 ตามลำดับ[3] ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นสาเหตุ

การตายที่มากที่สุดของคนไทย ชั่วโมงละ 37 คน[4] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ โดยใช้หลักการ 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา) ดำเนินงานผ่านคลินิกคนไทยไร้พุง เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ แต่ผลสำรวจการตรวจสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 เปรียบเทียบผลสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 5 พบแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้ โรคอ้วน (ผู้ชายจากร้อยละ 18.6 เป็นร้อยละ 37.8 ผู้หญิงจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 46.4) โรคเบาหวานจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 โรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4 ไขมันคอเลสเตอรอล ≥ 240 มก/ดล. จาก ร้อยละ 16.4 เป็นร้อยละ 23.5 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้อยละ 38.9 เป็น ร้อยละ 44.6 ส่วนพฤติกรรมการกินผักและผลไม้ที่เพียงพอมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 25.9 เป็นร้อยละ 21.2[2] จึงได้นำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต หรือ Lifestyle Medicine (LM) ที่ต่างประเทศใช้ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม โดยพบว่าสามารถลดดัชนีมวลกาย (0.3-0.7 กก./ม^2) ลดระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (1.5, 0.7 มม.ปรอท, 95% CI -0.9 ถึง -2.1, -0.6 ถึง -0.9 มม.ปรอท ตามลำดับ) ลดระดับไขมันคอเลสเตอรอล 6.56 มก./ดล. (95%CI -3.47 ถึง -9.65 มก./ดล.) ลดความเสี่ยงการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 0.09 (95%CI 0.05-0.17)[5] เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs และลดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสาร บทความวิชาการที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งยังขาดการศึกษาด้านการนอนหลับที่เพียงพอ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทางสังคมตามแนวคิด LM และการศึกษาที่เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต พบเพียง 3 เรื่อง คือ 1) การศึกษาการจัดการความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตชนบทมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มที่มีวิถีชีวิตกึ่งเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ซึ่งความสุขเกิดจากการใช้ชีวิตหรือได้รับการเอาใจใส่จากคนรอบข้างและการมีส่วนร่วมของชุมชน ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตกึ่งเมืองจะมีความสุขเมื่อตนเองรู้สึกปลอดภัย[6] 2) การศึกษาวิถีชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (การนอนหลับและการออกกำลังกาย $\overline{X}$= 2.56, 2.53 SD=0.54, 0.53 ตามลำดับ) พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน ด้านอาหาร ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ $\overline{X}$=2.45, 2.30, 1.55 SD=0.36, 0.23, 0.71 ตามลำดับ)[7] และ 3) ศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพ ซึ่งมีวิถีชีวิตและบริบทที่แตกต่างจากจังหวัดราชบุรี[8] และจากการทบทวนทฤษฎี พฤติกรรมสุขภาพพบว่า เกิดจาก 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน[9] คือ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing

Factors) คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ติดตัวบุคคลนั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และการรับรู้ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) คือ สิ่งอำนวยความสะดวกไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ สถานที่ หรือสังคมวัฒนธรรมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) 3) ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) ให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ทั้งที่เป็นการกระตุ้นเตือน การให้คำชมเชย กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่มีอิทธิพลของบุคคลนั้นๆ ที่จะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ตามแนวคิด PRECEDE Framework เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบาย แนวทางการพัฒนารูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

■ นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งชาย และหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุและมาเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) และความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การนอนหลับ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรหลาน เพื่อนบ้าน) 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่เอื้อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย เดินทางสะดวก มีอุปกรณ์การออกกำลังกายเพียงพอ ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน มีเมนูอาหารหลากหลายและราคาอาหารไม่แพง สามารถซื้อรับประทานได้ นโยบายทางสังคมวัฒนธรรมชุมชนที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการมีส่วนในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน

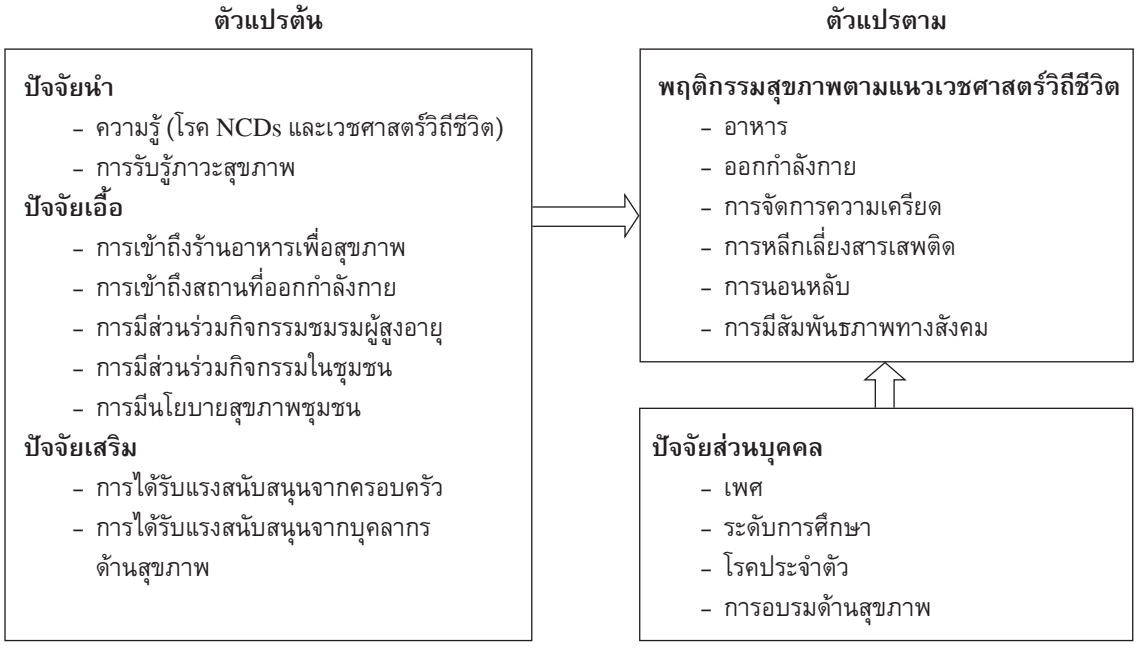
ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ ให้แสดงพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดจากบุคคลในครอบครัว การให้คำปรึกษาด้านการนอนหลับที่เพียงพอ การกระตุ้นเตือน คำชมเชยจากบุคลากรด้านสุขภาพ

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Framework[9] และเวชศาสตร์วิถีชีวิต[8] เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม–30 มิถุนายน 2567

● **ประชากร** คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มติดสังคมและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



จังหวัดราชบุรี ปี 2567 จำนวน 16,363 คน

● **กลุ่มตัวอย่าง** คือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มติดสังคมและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในพื้นที่ 4 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุน้อยกว่า 10 ชมรม 1 อำเภอ และอำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 10 ชมรม 3 อำเภอ คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า Effect size จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ[10] และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เท่ากับ 223 คน การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยเลือกอำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุน้อยกว่า 10 ชมรม 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสวนผึ้ง อำเภอวัดเพลง อำเภอบ้านคา ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนที่ (Sampling Without Replacement) ได้อำเภอวัดเพลง

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยเลือกอำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 10 ชมรม 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอดำเนินสะดวก อำเภอจอมบึง อำเภอเมือง อำเภอโพธาราม อำเภอบางแพ อำเภอปากท่อ ได้ อำเภอเมืองราชบุรี อำเภอจอมบึง อำเภอบางแพ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยคำนวณร้อยละของจำนวนสมาชิกผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ เพื่อคำนวณย้อนกลับหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามร้อยละที่คำนวณได้ ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 เลือกพื้นที่ที่มีจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง อำเภอละ 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนบัญชีรายชื่อสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ดังแผนภูมิที่ 1

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2. ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น สามารถพูดสื่อสารและอ่านออกเขียนได้

3. ไม่เป็นผู้มีปัญหาสมองเสื่อมที่มีปัญหาความคิดความจำและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

4. สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก

1. มีอาการซึมเศร้า และหรือต้องใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างน้อย 1 สัปดาห์

2. เป็นผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอบรมด้านสุขภาพ ข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด และปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ด้านความรู้ ได้แก่ โรค NCDs และแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน จำนวน 18 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนความรู้ตามแนวคิดของ Bloom[11] คือ ระดับสูง คะแนน ≥80% (14–18 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนน 60–79% (9–13 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนน ≤60% (0–8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ด้านปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนตามแนวคิดของ Best[12] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (9.5–12 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.8–9.4 คะแนน) และระดับต่ำ (4–6.7 คะแนน)

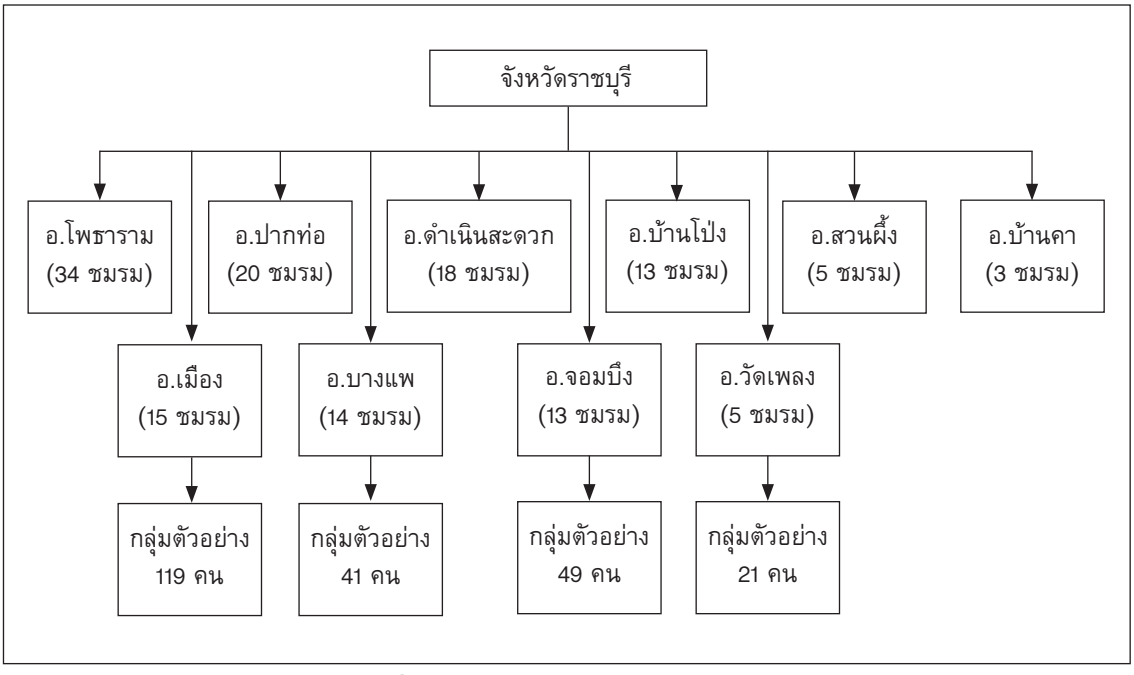
ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีนโยบายสุขภาพในชุมชน ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนตามแนวคิดของ Best[12] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (25.7–33.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (18.4–25.6 คะแนน) และระดับต่ำ (11.0–18.3 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนตามแนวคิดของ Best[12] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (18.7– 24.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (13.4–18.6 คะแนน) และระดับต่ำ (8.0–13.3 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตของ เกษม เวชสุทธานนท์[8] แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 จำนวน 7 ข้อ คำตอบใช่/ไม่ใช่ ส่วนที่ 2 เป็นข้อถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ (1 ถึง 10) และส่วนที่ 3 ให้เลือกตอบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการออกกำลังกาย เกณฑ์แปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีเยี่ยม (41–50 คะแนน) ระดับดีมาก (31–40 คะแนน) ระดับเท่าค่าเฉลี่ย (21–30 คะแนน) และระดับต่ำ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n = 16,363)

อำเภอ	จำนวนสมาชิก (คน)	ร้อยละ	วิธีคำนวณ	จำนวนสมาชิกที่ต้องการ (คน)
เมือง	8,462	51.71	=51.71x230/100 =118.94	119
บางแพ	2,928	17.89	=17.89x230/100 =41.16	41
จอมบึง	3,488	21.32	=21.32x230/100 =49.03	49
วัดเพลง	1,485	9.08	=9.08x230/100 =20.87	21
รวม	**16,363**	**100.00**		**230**



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิแสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กว่าค่าเฉลี่ย (0–20 คะแนน)

● **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ทุกข้อ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ฉบับ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านการรับรู้ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81, 0.79, 0.93 และ 0.79 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตของ เกษม เวชสุทธานนท์[8] มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.978

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลชมรมผู้สูงอายุของพื้นที่ตัวอย่างทั้ง 4 แห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัย และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูล จากนั้นอบรมผู้ช่วยนักวิจัยเป็นเวลา 1 วัน เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการใช้แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งขั้นตอนการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยนักวิจัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 9/2567 วันที่ 31 มกราคม 2567

■ ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยขอนำเสนอดังนี้

ส่วนที่ 1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.6) อายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 52.5) อายุเฉลี่ย 70 ปี รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 71.7) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 73.1) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.3) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 64.1, 31.8, 26.3 ตามลำดับ) ไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพ (ร้อยละ 55.2) ได้รับการอบรมเรื่อง 3อ.2ส. (ร้อยละ 39.9)

2. ระดับคะแนนปัจจัยนำ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำด้านความรู้ มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.9, $\overline{X}$=14.7, S.D.=2.1) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความรู้เรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตและโรค NCDs อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.8, 69.5 ตามลำดับ ปัจจัยนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.3, $\overline{X}$=11.4, S.D.=1.1) ด้านปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.0 ($\overline{X}$=28.5, S.D.=3.9) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีนโยบายสุขภาพชุมชน การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ และการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.2, 82.5, 71.3, 70.0, 61.0 ตามลำดับ ด้านปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.9, $\overline{X}$=28.5, S.D.=3.9) ด้านปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.6, $\overline{X}$=22.4, S.D.=2.4) ดังตารางที่ 1

3. พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 ($\overline{X}$=31.7,

S.D.=6.7) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และการนอนหลับอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.4, 76.7, 67.7, 43.5 ($\overline{X}$=4.6, 8.6, 4.0, 6.1 S.D.=1.1, 2.7, 1.6, 3.2) ตามลำดับ ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและออกกำลังกายอยู่ในระดับเท่าค่าเฉลี่ย ร้อยละ 54.7, 52.5 ($\overline{X}$=4.0,4.4 S.D.=1.9,2.4) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (χ^2=8.79, P-value 0.01) 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต (χ^2=30.92, P-value<0.00) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (χ^2=12.38, P-value<0.00) 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ (χ^2=27.62, P-value<0.00) การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย (χ^2=10.31, P-value 0.04) และการมีนโยบายสุขภาพชุมชน (χ^2=38.0, P-value<0.00) 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว (χ^2=5.73, P-value<0.00) และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ (χ^2=6.56, P-value<0.00) ดังตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศ 2) ระดับการศึกษา 3) โรคประจำตัว 4) การอบรมด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี (P-value<0.01) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จูงใจให้แสดงพฤติกรรมของบุคคล[9] เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีกิจกรรมทางกาย ดังผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับเท่าค่าเฉลี่ยและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 44.9 และ 31.3 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมากและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 75.4 และ 68.8 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ[13] ที่พบว่า เพศชายมีการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีการดื่มเครื่องดื่มรสหวานและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจานิรัตน์ ทิพวารินทร์ และคณะ[14] ที่พบว่า เพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอบรมด้านสุขภาพ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เบญจานิรัตน์ ทิพวารินทร์ และคณะ[14] ที่พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยนำ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและเวชศาสตร์วิถีชีวิต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนว

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยนำ (n = 223)

ปัจจัย	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	X	S.D.
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ปัจจัยนำ					
ความรู้โดยรวม	0 (0.0)	36 (16.1)	187 (83.9)	14.7	2.1
- โรค NCDs	0 (0.0)	68 (30.5)	155 (69.5)	2.7	0.5
- เวชศาสตร์วิถีชีวิต	0 (0.0)	45 (20.2)	178 (79.8)	12.0	1.8
- การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0 (0.0)	6 (2.7)	217 (97.3)	11.4	1.1
ปัจจัยเอื้อ	**0 (0.0)**	**20 (9.0)**	**203 (91.0)**	**28.5**	**3.9**
- การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ	4 (1.8)	63 (28.3)	156 (70.0)	2.7	0.5
- การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย	9 (4.0)	78 (35.0)	136 (61.0)	2.6	0.6
- การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	1 (0.4)	32 (14.3)	190 (85.2)	2.9	0.4
- การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน	0 (0.0)	39 (17.5)	184 (82..5)	2.8	0.4
- การมีนโยบายสุขภาพชุมชน	2 (0.9)	62 (27.8)	159 (71.3)	2.7	0.5
ปัจจัยเสริม	**0 (0.0)**	**18 (8.1)**	**205 (91.9)**	**22.4**	**2.4**
- การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	0 (0.0)	25 (11.2)	198 (88.8)	11.1	1.5
- การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ	0 (0.0)	18 (8.1)	205 (91.9)	11.4	1.3

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต (n = 223)

ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก	ดีเยี่ยม	X	S.D.
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวม	16 (7.2)	69 (30.9)	117 (52.5)	21 (9.4)	31.7	6.7
- อาหาร	53 (23.8)	122 (54.7)	42 (18.8)	6 (2.7)	4.0	1.9
- ออกกำลังกาย	40 (17.9)	117 (52.5)	37 (16.6)	29 (13.0)	4.4	2.4
- การจัดการความเครียด	18 (8.1)	23 (10.3)	31 (13.9)	151 (67.7)	4.0	1.6
- การหลีกเลี่ยงสารเสพติด	7 (3.1)	36 (16.1)	9 (4.0)	171 (76.7)	8.6	2.7
- การนอนหลับ	50 (22.4)	30 (13.5)	46 (20.6)	97 (43.5)	6.1	3.2
- สัมพันธภาพ	5 (2.2)	10 (4.5)	22 (9.9)	186 (83.4)	4.6	1.1

เวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยนำความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี (P-value =0.00, 0.00 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ความรู้ที่สั่งสมมาจากการเรียนรู้ ทักษะความเข้าใจ ประสบการณ์ และความสามารถในกระบวนการคิดวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผล เกิดเป็นความเชื่อ และเจตคติ เมื่อรวมกับการรับรู้การเจ็บป่วย หรือภาวะ

สุขภาพ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่จะกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ[13,16] ดังผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 62.5 ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับมากมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเท่าค่าเฉลี่ยและดีมากใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 69.6 และ 89.9 ตามลำดับ) และผู้สูงอายุที่มีปัจจัยนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับเท่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 18.8 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ระดับดีมาก และเท่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 100.0, 94.9 และ 81.2 ตามลำดับ) แม้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.1 ได้รับการอบรมด้านสุขภาพเรื่อง 3อ.2ส. ร้อยละ 39.9 แต่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.3 จึงอาจมีการแสวงหาความรู้ที่บุคคลจะเลือกใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตและโรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.8 และ 69.5 และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานีของ นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย[10] ที่พบว่า ความรู้สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีนโยบายสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยเอื้อโดยรวม ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย และการมีนโยบายสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี (P-value<0.00, <0.00, 0.04, <0.00 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า จำนวนแหล่งทรัพยากร เช่น สถานที่ออกกำลังกาย ร้านอาหารเพื่อสุขภาพที่มีจำนวนเพียงพอต่อการใช้บริการ การเดินทางสะดวก และราคาไม่แพง ล้วนเป็นปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ได้ง่ายขึ้น[9] จากผลการศึกษาพบการมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนระดับมาก ร้อยละ 84.8, 85.5 ตามลำดับ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพและการจัดการความเครียดระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.4, 67.7 ตามลำดับ การมีนโยบายสุขภาพในชุมชนระดับสูง ร้อยละ 71.3 จึงพบระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติดระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 76.7 ส่วนการเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพและการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.0, 61.0 ตามลำดับ แต่กลับพบระดับ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ				8.79	0.01*
- ชาย	5 (31.3)	31 (44.9)	34 (24.6)		
- หญิง	11 (68.8)	38 (55.1)	104 (75.4)		
ระดับการศึกษา				0.69	0.76
- ประถมศึกษาลงมา	14 (87.5)	54 (78.3)	112 (81.2)		
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	2 (12.5)	15 (21.7)	26 (18.8)		
โรคประจำตัว				1.41	0.5
- ไม่มี	6 (4.6)	22 (31.9)	36 (26.1)		
- โรค NCDs	10 (62.5)	47 (68.1)	102 (73.9)		
การอบรมด้านสุขภาพ				4.99	0.83
- ไม่เคย	13 (81.3)	35 (50.7)	75 (54.3)		
- อ.อ.2ส.	3 (18.8)	34 (49.3)	63 (45.7)		
ปัจจัยนำ					
ด้านความรู้โดยรวม				16.15	0.00*
- ระดับปานกลาง	7 (43.9)	16 (23.2)	13 (9.4)		
- ระดับมาก	9 (56.1)	53 (76.8)	125 (90.6)		
ความรู้โรค NCDs				0.58	0.75
- ระดับปานกลาง	6 (37.5)	22 (31.9)	40 (29.0)		
- ระดับมาก	10 (62.5)	47 (68.1)	98 (71.0)		
ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต				30.92	0.00*
- ระดับปานกลาง	10 (62.5)	21 (30.4)	14 (10.1)		
- ระดับมาก	6 (37.5)	48 (69.6)	124 (89.9)		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ				12. 38	0.00*
- ระดับปานกลาง	0 (0.0)	13 (18.8)	7 (5.1)		
- ระดับมาก	16 (100)	56 (81.2)	131 (94.9)		
ปัจจัยเอื้อ				27.44	0.00*
- ระดับปานกลาง	6 (37.5)	9 (13.0)	3 (2.2)		
- ระดับมาก	10 (62.5)	60 (87.0)	135 (97.8)		
การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ				27.62	0.00*
- ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.9)		
- ระดับปานกลาง	11 (68.8)	28 (40.6)	24 (17.4)		
- ระดับมาก	5 (31.3)	41 (59.4)	110 (79.7)		

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย				10.31	0.04*
- ระดับต่ำ	0 (0.0)	1 (1.4)	8 (5.8)		
- ระดับปานกลาง	10 (62.5)	28 (40.6)	40 (29.0)		
- ระดับมาก	6 (37.5)	40 (58.0)	90 (65.2)		
การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ				1.3	0.86
- ระดับต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)		
- ระดับปานกลาง	3 (18.8)	9 (13.0)	20 (14.5)		
- ระดับมาก	13 (81.3)	60 (87.0)	117 (84.8)		
การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน				2.43	0.3
- ระดับปานกลาง	3 (18.8)	16 (23.2)	20 (14.5)		
- ระดับมาก	13 (81.3)	53 (76.8)	118 (85.5)		
การมีนโยบายสุขภาพชุมชน				38.0	0.00*
- ระดับต่ำ	0 (0.0)	1 (1.4)	1 (0.7)		
- ระดับปานกลาง	14 (87.5)	24 (34.8)	24 (17.4)		
- ระดับมาก	2 (12.5)	44 (63.8)	113 (81.9)		
ปัจจัยเสริม				5.66	0.00*
- ระดับปานกลาง	11 (68.8)	3 (4.3)	4 (2.9)		
- ระดับมาก	5 (31.3)	66 (95.7)	134 (97.1)		
การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว				35.73	0.00*
- ระดับปานกลาง	9 (56.2)	7 (10.1)	9 (6.5)		
- ระดับมาก	7 (43.8)	62 (89.9)	129 (93.5)		
การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ				56.56	0.00*
- ระดับปานกลาง	9 (56.2)	6 (8.7)	3 (2.2)		
- ระดับมาก	7 (43.8)	63 (91.3)	135 (97.8)		

นัยสำคัญทางสถิติ * p-value 0.05

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และออกกำลังกายในระดับเท่าค่าเฉลี่ย ร้อยละ 54.7, 52.5 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 68.8 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมาก ร้อยละ 79.7 ส่วนการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 62.5 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกายระดับมากมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมากและเท่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 65.2, 58.0 ตามลำดับ) ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ของนพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย[10] ที่พบว่า การเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสถานที่สาธารณะของชุมชน และการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุและชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยเสริมโดยรวม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี (P-value 0.00, 0.00, 0.00 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.8 และ 91.9 ตามลำดับ ซึ่งทั้งบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข ล้วนเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่าง แสดงออกในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ ตำหนิติเตียน เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น[9] สอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย[10] ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

■ สรุปผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ 2) ปัจจัยนำด้านความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย และการมีนโยบายสุขภาพในชุมชน และ 4) ปัจจัยเสริม ทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้น หากต้องการให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ควรต้องส่งเสริมความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต การสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ สวนสาธารณะ หรือสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การบังคับใช้นโยบายสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในสถาบันครอบครัว ชุมชน ที่จะเป็นแรงสนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน

■ ข้อเสนอแนะ

● เชิงนโยบาย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรสนับสนุนการมีนโยบายสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ เช่น สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน ที่มีราคาไม่แพง มีเมนูอาหารที่หลากหลาย รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. กรมอนามัยควรสนับสนุนเครือข่ายจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วย 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

● เชิงปฏิบัติการ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรรณรงค์กระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความรอบรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอาหารและการออกกำลังกาย

2. ควรมีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วย 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเน้นด้านอาหารและการออกกำลังกาย

● ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.วิเชียร ตันสุวรรณนนท์, ผศ.ดร.สุรีพร ชุมแดง, น.ส.ชนิสา เฮงรวมญาติ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ นางบุษบา แพงบุปผา น.ส.จิตติมา ธาราพันธ์ นางอรอุมา ไชยดำ คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ รพ./รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชน ที่ให้การสนับสนุน ประสานการลงพื้นที่เก็บข้อมูล และอาสาสมัครทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สังคมสูงวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/20463/21073.pdf
2. วิชัย เอกพลากร. พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ และสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2564. หน้า 64-239, 271-334 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/ sreport6/sreport6_full.pdf
3. HDC - Dashboard. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id= 6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11

4. Hfocus. คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน-ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/ content/ 2018/08/16157
5. Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2010;153(11):736-50. doi: 10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00007. PMID: 21135297.
6. ธีรพงษ์ รุ่งวิวัฒน์ศิลปะ. การจัดการความสุขและระดับความสุขในเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. J. RKSA [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566];8(4):240-9. เข้าถึงได้จาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/261025
7. นิตยา ศรีจำนง, อัญชลี จันทาโภ. วิถีชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสังคมสูงวัย. ว. วชิรเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566];65(2):153-64. เข้าถึงได้จาก: https://doi.org/10.14456/vmj.2021.15
8. เกษม เวชสุทธานนท์. การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging). ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566];46(2):111-28. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/14677/11817
9. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning an educational and ecological approach. 3rd ed. Toronto: Mayfield; 1999.
10. นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. ว. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567];3:106-17. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/ view/ 1160
11. Bloom BS. Taxonomy of Education Objectives : The Classification of Education Goal. New York: Longman; 1956.
12. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersy: Pretice Hall; 1977.
13. อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์, สุพล ลิมวัฒนานนท์, กัญจนา ติษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์, และคณะ. ผู้ป่วยด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. ว. วิจัยระบบสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2567];11:345-54. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4771?locale-attribute=th
14. Benjanirat T, Ounprasertsuk J, Suksatan W, Jaroenngarmsamer P, Kantawut N, Rojanabenjakun P, et al. Health Behavior among Elderly in Huey Chinsri Municipal, Ratchaburi Province, Thailand. Sys Rev Pharm [Internet]. 2021 [Cited 2024 Sep 15];12(1):715-9. Available from: https://www.sysrevpharm. org/articles/health-behavior-among-elderly-in-huey-chinsri-municipal-ratchaburi-province-thailand.pdf

HEALTH