

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิต
ของผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี**

กรกนก นาเครือ
ศูนย์อนามัยที่ ราชบุรี

บทคัดย่อ

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคม เพื่อป้องกันรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี โดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 223 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้โรคNCDs และเวชศาสตร์วิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 68.6% อายุเฉลี่ย 70 ปี มีโรคประจำตัว 75.3% โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน 64.1%, 31.8%, 26.3% ตามลำดับ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 (สัมพันธ์ภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และการนอนหลับอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.4, 76.7, 67.7, 43.5 ตามลำดับ) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ เพศ ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การมีนโยบายสุขภาพในชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ ($\chi^2 = 8.79, 30.92, 12.38, 27.62, 10.31, 38.0, 5.73, 6.56$ ตามลำดับ)

ดังนั้นควรสร้างความรอบรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเวชศาสตร์วิถีชีวิตด้านอาหาร และการออกกำลังกาย หน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองท้องถิ่นควรใช้นโยบายสุขภาพในชุมชนและสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ผู้สูงอายุ

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

Kornkanok Nakhruea

Promotion Center Region 5 Ratchaburi

Abstract

Lifestyle Medicine is an approach to changing individual behaviors such as diet, exercise, sleep, stress management, substance avoidance, and social interaction to prevent and treatment Non-Communicable Diseases. 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 study using The Lifestyle Medicine concept. The sampled were 223 elderly 60 years old and over, social bound who were members of the Elderly Club, selected by the multi-stage sampling. The data were collected using an interview form created by the researcher composed of 6 parts including characteristics, Non-Communicable Diseases and Lifestyle Medicine knowledge, health perception, enabling, and reinforcing factor, and health behavior by Lifestyle Medicine Assessment. The data analyzed by descriptive statistics, Chi-square statistical test.

The findings that the sample were female (68.6%) with an average age of 70 years, 43.3%, had an underlying disease (75.3%), were Hypertension, Dyslipidemia and diabetes disease (64.1%, 31.8%, 26.3%, respectively). Had the level of health behavior by Lifestyle Medicine to a very good level, 52.5% (social connections, avoidance of risky substances, stress management and restorative sleep at an excellent level of 83.4, 76.7, 67.7, 43.5%, respectively). The factors related to health behaviors according to the guidelines Lifestyle Medicine has a statistical significance ($p < 0.01$) that included gender, Lifestyle Medicine knowing, health perception, access to healthy food stores, access to exercise facilities, having a health policy in the community, access to public health services, receiving support from family and health personnel ($\chi^2 = 8.79, 30.92, 12.38, 27.62, 10.31, 38.0, 5.73, 6.56$, respectively).

Therefore, health literacy should be created for changing health behaviors according to lifestyle medicine, food and exercise. Government and local government organization should be use community health policies and creating a culture of caring for the elderly to good health behavior of the elderly.

Key words: Health behavior, Life Style Medicine, Elderly

บทนำ

สำหรับประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete- Aged Society) ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าจะเป็นสังคมสูงอายุดีระดับสุดยอด (Super- Aged Society) ในปี 2574⁽¹⁾ จากสถิติระหว่างปี 2565 ถึง 2567 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จากร้อยละ 19 เป็น 20.08 รวมถึงภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน จากร้อยละ 5.5 เป็น 6.0 และกลุ่มติดเตียงจากร้อยละ 1.8 เป็น 2.1⁽²⁾ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.55 เป็น 23.30 และภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงเพิ่มจากร้อยละ 0.54 เป็น 0.63⁽²⁾ ธรรมชาติของผู้สูงอายุทำให้อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมถอยและความต้านทานโรคลดลง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะถดถอยใน 9 ด้าน ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย การขาดสารอาหาร การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะ การมองเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมวิถีชีวิตที่ผ่านมาและอายุที่เพิ่มมากขึ้น⁽³⁾ จากข้อมูล HDC จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยด้านการมองเห็น ด้านสุขภาพช่องปาก และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 12.93, 9.41, 8.23 ตามลำดับ ส่วนโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 51.97, 22.86, 1.38 ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งเป็นโรค NCDs ที่คนไทยตายมากที่สุด⁽⁴⁾ และเมื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามหลักการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living; ADL) ระหว่างปี 2565 ถึง 2567 มีแนวโน้มกลุ่มติดบ้านลดลงจากร้อยละ 2.61 เป็น 2.05 แต่กลุ่มติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.63 เป็น 0.71⁽²⁾ การจัดบริการสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามกลุ่ม ADL คือ กลุ่มติดเตียง จัดบริการ ดูแลในสถานพยาบาล สถานบริบาล หรือที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน สำหรับการพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ฯลฯ กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดสังคม จัดบริการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคและการฟื้นฟูผู้ป่วย เพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะพึ่งพิง

จากผลสำรวจการตรวจสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 เมื่อเทียบกับผลสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 5 พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังนี้ โรคอ้วน (ผู้ชายจากร้อยละ 18.60 เป็นร้อยละ 37.80 ผู้หญิงจากร้อยละ 45.00 เป็นร้อยละ 46.40) โรคเบาหวานจากร้อยละ 8.90 เป็นร้อยละ 9.50 โรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 24.70 เป็นร้อยละ 25.40 ไขมันคอเลสเตอรอล ≥ 240 มก./ดล.จากร้อยละ 16.40 เป็นร้อยละ 23.5 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้อยละ 38.90 เป็นร้อยละ 44.60 ส่วนพฤติกรรมการกินผักและผลไม้ที่เพียงพอมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 25.90 เป็นร้อยละ 21.20⁽⁵⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันโรคและรักษาโรค แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต หรือ Lifestyle Medicine (LM) เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลด้านรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม โดยพบว่าสามารถลดดัชนีมวลกาย ($0.3 - 0.7$ กก./ม²) ลดระดับความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก (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)⁽⁶⁾ หากผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ จะสามารถลดอัตราการเกิด

โรคNCDs ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มะเร็ง เป็นการชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ เกิดจาก 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน (Green & Kreuter, 1999)⁽⁷⁾ คือ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ติดตัวบุคคลนั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อทัศนคติ การรับรู้ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) คือ สิ่งอำนวยความสะดวก ไม่ว่าจะเป็นสิ่งของ สถานที่ หรือสังคมวัฒนธรรมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) 3) ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) ให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง ทั้งที่เป็น การกระตุ้นเตือน การให้คำชมเชย กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่มีอิทธิพลของบุคคลนั้นๆที่จะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้ แต่จากผลสำรวจปัจจัยเกื้อหนุนต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ คือ มีงานทำร้อยละ 50.3 (ชายร้อยละ 60.4 หญิง ร้อยละ 42.3) ลักษณะงานหลักเป็นเจ้าของกิจการ ร้อยละ 75.0 รองลงมาเป็นลูกจ้างภาคเอกชน ร้อยละ 15.9 ที่มาแหล่งรายได้ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.5 รองลงมา ได้จากลูกหลาน ร้อยละ 58.3 ปัจจัยเกื้อหนุนด้านความปลอดภัย ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุตรหลาน ร้อยละ 61.7 ในชาย ร้อยละ 68.2 ในหญิง อาศัยกับคู่สมรส ร้อยละ 22.3 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 9.5⁽⁵⁾ จะเห็นว่าการอยู่อาศัยกับบุตรหลานไม่เพียงแต่จะเป็นความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังเป็นผู้คอยสนับสนุนให้เงิน สิ่งอำนวยความสะดวก เป็นผู้ดูแล กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกัน รักษาหรือชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.^(8,9) ซึ่งขาดด้านการนอนหลับที่เพียงพอ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทางสังคมตามแนวคิด LM และการศึกษาเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต พบเพียง 3 เรื่องคือ 1) การศึกษาการจัดการความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุ กลุ่มวิถีชีวิตชนบทมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มที่มีวิถีชีวิตกึ่งเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ซึ่งความสุขเกิดจากการใช้ชีวิตหรือได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตกึ่งเมืองจะมีความสุขเมื่อตนเองรู้สึกปลอดภัย⁽¹⁰⁾ 2) การศึกษาวิถีชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี โดยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (การนอนหลับและการออกกำลังกาย $\bar{X} = 2.56, 2.53$ SD= 0.54, 0.53 ตามลำดับ) พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนด้านอาหาร ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ $\bar{X} = 2.45, 2.30, 1.55$ SD= 0.36, 0.23, 0.71 ตามลำดับ)⁽¹¹⁾ และ 3) การศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพฯ⁽¹²⁾ ซึ่งมีวิถีชีวิตและบริบทที่แตกต่างจากจังหวัดราชบุรีผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ตามแนวคิด PRECEDE Framework และเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อให้ข้อมูลนำไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบาย แนวทางการพัฒนารูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี ปี 2567 จำนวน 16,363 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 4 อำเภอ ประกอบด้วยอำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุน้อยกว่า 10 ชมรม 1 อำเภอ และอำเภอที่มีชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 10 ชมรม 3 อำเภอ จำนวน 223 คน

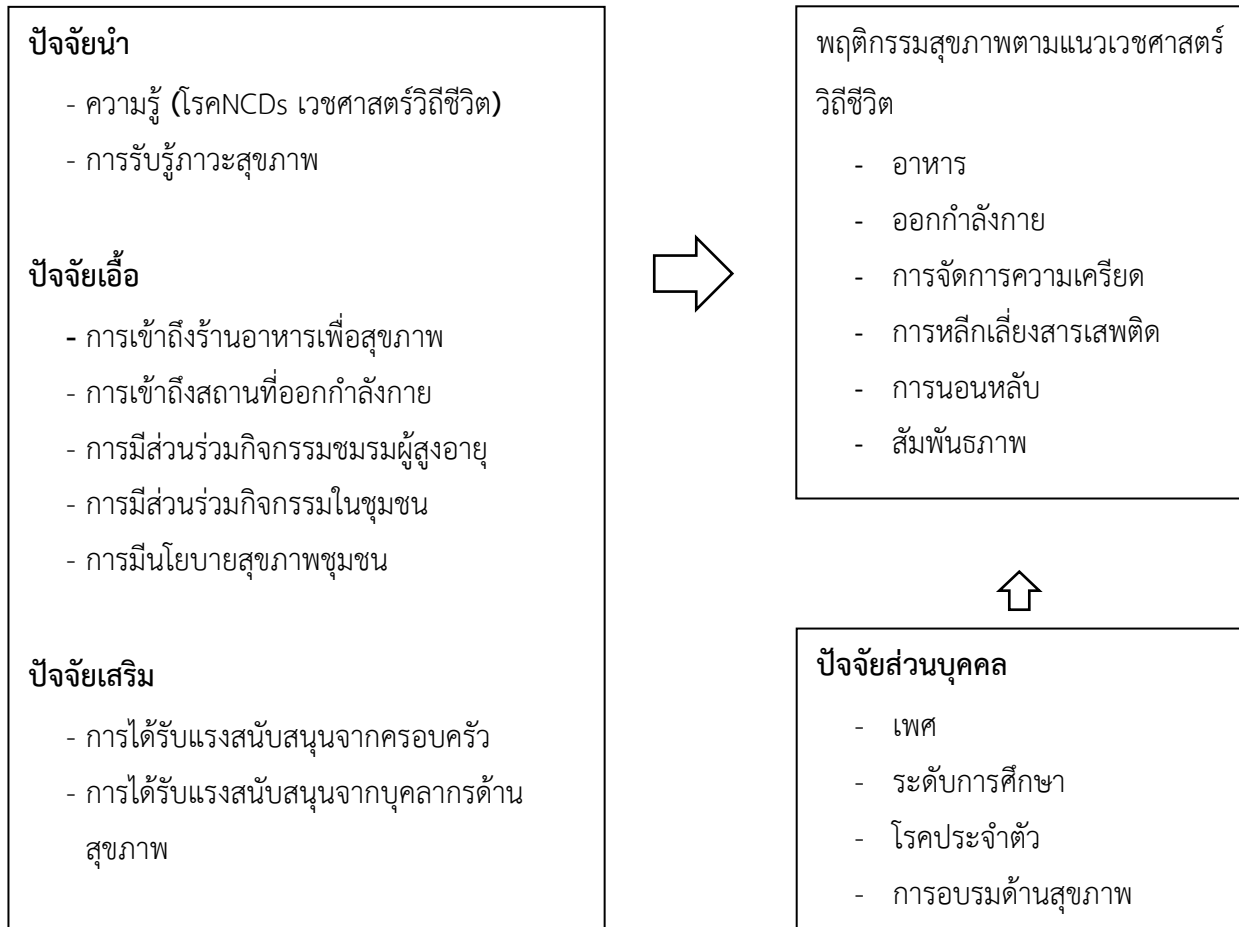
นิยามศัพท์

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งชาย และหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และมาเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
2. **พฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิต** หมายถึง พฤติกรรมในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรหลานหรือเพื่อนบ้าน
3. **ปัจจัยนำ** หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคNCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) และความรู้ด้านศาสตร์วิถีชีวิต (อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การนอนหลับ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรหลาน เพื่อนบ้าน) 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพที่ตนเองเป็นอยู่
4. **ปัจจัยเอื้อ** หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่เอื้อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย เดินทางสะดวก มีอุปกรณ์การออกกำลังกายเพียงพอ ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน มีเมนูอาหารหลากหลายและราคาอาหารไม่แพง สามารถซื้อรับประทานได้ นโยบายทางสังคมวัฒนธรรมชุมชนที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน
5. **ปัจจัยเสริม** หมายถึง ปัจจัยสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆให้แสดงพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดจากบุคคลในครอบครัว การให้คำปรึกษาด้านการนอนหลับที่เพียงพอ การกระตุ้นเตือน คำชมเชยจากบุคลากรด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิด

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Framework⁽⁷⁾ และเวชศาสตร์วิถีชีวิต⁽¹³⁾ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2567

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มติดสังคมและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ปี 2567 จำนวน 16,363 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มติดสังคมและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G Power กำหนดค่า Effect size จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾ และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย จึงได้เพิ่มขนาด ตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เท่ากับ 223 คน

การสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน ดังนี้

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

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

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัย คำนวณร้อยละของจำนวนสมาชิกผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ เพื่อคำนวณย้อนกลับหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามร้อยละที่คำนวณได้

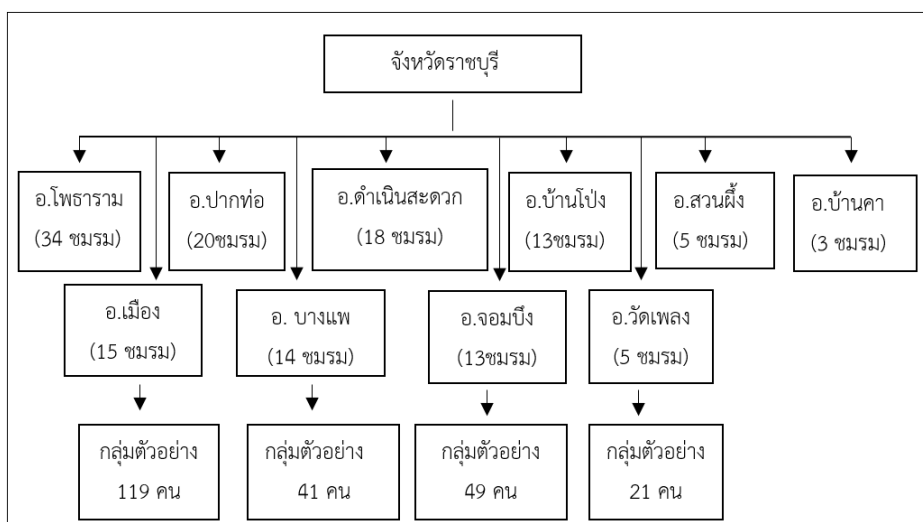
ตารางแสดงการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ($n = 16,363$)

อำเภอ	จำนวนสมาชิก (คน)	ร้อยละ	วิธีคำนวณ	จำนวนสมาชิกที่ต้องการ (คน)
เมือง	8462	51.71	$=51.71 \times 230 / 100 = 118.94$	119
บางแพ	2928	17.89	$=17.89 \times 230 / 100 = 41.16$	41
จอมบึง	3488	21.32	$=21.32 \times 230 / 100 = 49.03$	49
วัดเพลง	1485	9.08	$=9.08 \times 230 / 100 = 20.87$	21
รวม	16,363	100.00		230

ขั้นตอนที่ 4 เลือกพื้นที่ที่มีจำนวนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ ด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง อำเภอละ 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนบัญชีรายชื่อสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้

แผนภูมิแสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง



เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น สามารถพูดสื่อสารและอ่านออกเขียนได้
3. ไม่เป็นผู้มีปัญหาสมองเสื่อมที่มีปัญหาความคิดความจำและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

เกณฑ์การคัดออก

1. มีอาการซึมเศร้า และหรือต้องใช้เวลาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างน้อย 1 สัปดาห์
2. เป็นผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอบรมด้านสุขภาพ
ข้อคำถามเป็นแบบแบบปลายเปิด และ ปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ด้านความรู้ ได้แก่ โรค NCDs และเวชศาสตร์
วิถีชีวิตลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ จำนวน 18 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนความรู้ตาม
แนวคิดของ Bloom⁽¹⁵⁾ คือ ระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ (14 – 18 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนน 60-79%
(9 – 13 คะแนน) และ ระดับต่ำ คะแนน $\leq 60\%$ (0 – 8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกตาม
ความคิดเห็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์แปลผลคะแนนตามแนวคิดของ
Best⁽¹⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (9.5 – 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (6.8 – 9.4 คะแนน) และ
ระดับต่ำ (4 – 6.7 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่
ออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีนโยบายสุขภาพ
ในชุมชน ลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และ ไม่เห็นด้วย จำนวน 11 ข้อ
เกณฑ์แปลผลคะแนนตามแนวคิดของ Best⁽¹⁶⁾ 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⁽¹⁶⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง
(18.7 – 24.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (13.4 – 18.6 คะแนน) และระดับต่ำ (8.0 – 13.3 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตของเกษม เวชสุทธานนท์⁽¹²⁾
ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ส่วนที่1 จำนวน 7 ข้อ คำตอบใช่/ไม่ใช่ ส่วนที่2 เป็นข้อถามแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า 10 ระดับ และส่วนที่3 ให้เลือกตอบจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ออกกำลังกาย เกณฑ์แปลผล
คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดีเยี่ยม (41 – 50 คะแนน) ระดับดีมาก (31 – 40 คะแนน) ระดับเท่า
ค่าเฉลี่ย (21 – 30 คะแนน) และระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (0 – 20 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ทุกข้อ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ปัจจัยนำด้านความรู้ ปัจจัยนำด้านการรับรู้ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.81, 0.79, 0.93 และ 0.79 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตของเกษม เวชสุธานนท์⁽¹²⁾ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.978

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 9/2567 วันที่ 31 มกราคม 2567

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลชมรมผู้สูงอายุของพื้นที่ตัวอย่างทั้ง 4 แห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย และนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูล จากนั้นอบรมผู้ช่วยนักวิจัยเป็นเวลา 1 วัน เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการใช้แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งขั้นตอนการเก็บข้อมูล
- 3.ดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยนักวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (68.6%) อายุระหว่าง 60-69 ปี (52.5%) อายุเฉลี่ย 70 ปี รายได้ต่ำกว่า 5000 บาท (71.7%) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (73.1%) มีโรคประจำตัว (75.3%) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาโรคไขข้อในเลือดสูง และเบาหวาน (64.1%, 31.8%, 26.3% ตามลำดับ) ไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพ (55.2%) ได้รับการอบรมเรื่อง 3อ.2ส.(39.9%)

2. ระดับคะแนนปัจจัยนำ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำด้านความรู้ มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (83.9%, $\bar{x}$ = 14.7, S.D.=2.1) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความรู้เรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตและโรคNCDs อยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.8, 69.5 ตามลำดับ ปัจจัยนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง (97.3%, $\bar{x}$ = 11.4, S.D.=1.1) ด้านปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.0 ($\bar{x}$ = 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 (91.9%, $\bar{x}$ = 28.5, S.D.=3.9) ด้านปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง (91.6%, $\bar{x}$ = 22.4, S.D.=2.4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยนำ (n = 223)

ปัจจัย	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	$\bar{x}$	S.D.
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ปัจจัยนำ					
ความรู้โดยรวม	0 (0.0)	36 (16.1)	187 (83.9)	14.7	2.1
- โรคNCDs	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

3. พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 ($\bar{X}$ = 31.7, S.D.=6.7) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และ การนอนหลับอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.4, 76.7, 67.7, 43.5 ($\bar{X}$ = 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 ($\bar{X}$ = 4.0, 4.4 S.D.= 1.9, 2.4) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต (n = 223)

ระดับคะแนน พฤติกรรม สุขภาพ	ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ย จำนวน (ร้อยละ)	เท่าค่าเฉลี่ย จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)	ดีเยี่ยม จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.
เวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยรวม	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
- การจัดการ ความเครียด	18 (8.1)	23 (10.3)	31 (13.9)	151 (67.7)	4.0	1.6
- การหลีกเลี่ยง สารเสพติด	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

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับ พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (χ^2 =8.79, P-value 0.01) ดังตารางที่3
- 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ด้านความรู้โดยรวม (χ^2 =16.15, P-value<0.01) ได้แก่ ความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต (χ^2 =30.92, P-value<0.01) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (χ^2 =12.38, P-value<0.01) ดังตารางที่4
- 3) ปัจจัยเอื้อโดยรวม (χ^2 =27.44, P-value<0.01) ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ (χ^2 =27.62, P-value <0.01) การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย (χ^2 =10.31, P-value 0.04) การมีนโยบายสุขภาพชุมชน (χ^2 =38.0, P-value <0.01) ดังตารางที่ 5

4) ปัจจัยเสริมโดยรวม ($\chi^2=5.66$, P-value<0.01) ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\chi^2=5.73$, P-value<0.01) และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ ($\chi^2=6.56$, P-value<0.01) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
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)		
- โรคNCDs	10 (62.5)	47 (68.1)	102 (73.9)		
การอบรมด้านสุขภาพ				4.99	0.83
- ไม่เคย	13 (81.3)	35 (50.7)	75 (54.3)		
- 3อ.2ส.	3 (18.8)	34 (49.3)	63 (45.7)		

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
ด้านความรู้โดยรวม				16.15	<0.01*
- ระดับปานกลาง	7 (43.9)	16 (23.2)	13 (9.4)		
- ระดับมาก	9 (56.1)	53 (76.8)	125 (90.6)		
ความรู้โรคNCDs				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	<0.01*
- ระดับปานกลาง	10 (62.5)	21 (30.4)	14 (10.1)		
- ระดับมาก	6 (37.5)	48 (69.6)	124 (89.9)		

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัยนำเข้า	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
ปัจจัยนำเข้าด้านการรับรู้ ภาวะสุขภาพ				12.38	<0.01*
- ระดับปานกลาง	0 (0.0)	13 (18.8)	7 (5.1)		
- ระดับมาก	16 (100)	56 (81.2)	131 (94.9)		

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ปัจจัยเอื้อโดยรวม				27.44	<0.01*
- ระดับปานกลาง	6 (37.5)	9 (13.0)	3 (2.2)		
- ระดับมาก	10 (62.5)	60 (87.0)	135 (97.8)		
การเข้าถึงร้านอาหาร เพื่อสุขภาพ				27.62	<0.01*
- 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)		
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)		
การมีส่วนร่วมกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุ				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)		

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การมีส่วนร่วมกิจกรรม ในชุมชน				2.43	0.30
- ระดับปานกลาง	3 (18.8)	16 (23.2)	20 (14.5)		
- ระดับมาก	13 (81.3)	53 (76.8)	118 (85.5)		
การมีนโยบายสุขภาพ ชุมชน				38.0	<0.01*
- 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)		

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต			χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	เท่าค่าเฉลี่ย	ดีมาก		
ปัจจัยเสริมโดยรวม				5.66	<0.01*
- ระดับปานกลาง	11 (68.8)	3 (4.3)	4 (2.9)		
- ระดับมาก	5 (31.3)	66 (95.7)	134 (97.1)		
การได้รับแรงสนับสนุน จากครอบครัว				5.73	<0.01*
- ระดับปานกลาง	9 (56.2)	7 (10.1)	9 (6.5)		
- ระดับมาก	7 (43.8)	62 (89.9)	129 (93.5)		
การได้รับแรงสนับสนุน จากบุคลากรด้าน สุขภาพ				6.56	<0.01*
- ระดับปานกลาง	9 (56.2)	6 (8.7)	3 (2.2)		
- ระดับมาก	7 (43.8)	63 (91.3)	135 (97.8)		

นัยสำคัญทางสถิติ * P-value 0.01

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คน ผลการวิเคราะห์ อภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สมมติฐานการวิจัยที่1 ปัจจัยส่วนบุคคลบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอบรมด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ($P\text{-value}=0.01$) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จูงใจให้แสดงพฤติกรรมของบุคคล⁽¹⁰⁾ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีกิจกรรมทางกาย ดังผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยและดีกว่าค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 44.29, 48.57 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับดีมาก ร้อยละ 67.97 สอดคล้องกับการรายงานผลสำรวจอนามัยและสวัสดิการของผู้ป่วยด้วยโรค NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่น้อยแค่ไหนของอมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์และคณะที่พบว่า เพศชายมีการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีดื่มเครื่องดื่มรสหวานและมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่าเพศชาย⁽¹⁷⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุเทศบาลห้วยซันสิทธิ์ จังหวัดราชบุรีของเบญจานันต์ ทิพวารินทร์ และคณะที่พบว่าเพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร⁽¹⁸⁾ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา โรคประจำตัว การอบรมด้านสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากสมาชิกภายในชมรม และได้เห็นสมาชิกท่านอื่นที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นแบบอย่าง แม้กลุ่มตัวอย่างจะจบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.10 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.34 และไม่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพ ร้อยละ 55.16 จึงมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับดีมาก ร้อยละ 52.47 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเบญจานันต์ ทิพวารินทร์ และคณะที่พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร⁽¹⁸⁾

2. สมมติฐานการวิจัยที่2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและเวชศาสตร์วิถีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยนำความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ($P\text{-value}<0.01$, <0.01 ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ความรู้ที่สั่งสมมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งนำไปสู่การสร้าง ความเชื่อและเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การตระหนักรู้ว่าการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการนอนหลับอย่างเพียงพอ ล้วนมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรังได้ ความเข้าใจดังกล่าวยังเป็นแรงขับ

ภายในที่ส่งเสริมให้บุคคลตั้งเป้าหมาย วางแผน และ ลงมือปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ของสุขภาพที่ดีและยั่งยืน^(7, 19) ดังผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับระดับเท่าค่าเฉลี่ยและดีมากใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.67, 31.11ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมาก ร้อยละ 69.66 และผู้สูงอายุที่มีปัจจัยนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับเท่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 18.8

ส่วนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยหรือสถานะสุขภาพของตนเอง เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่นำไปสู่การตระหนักรู้ด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย ย่อมเกิดความตระหนักในสถานะสุขภาพของตน และอาจเปลี่ยนมุมมองจาก "การเจ็บป่วย" ไปสู่ "การดูแลตนเอง" ซึ่งกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งในแง่ของการเริ่มต้นกระทำ หรือการละเว้นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ^(7, 19) บุคคลจะตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง และเลือกปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ การหลีกเลี่ยงบุหรี่และสารเสพติด การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ฯลฯ พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมของบุคคลดีขึ้น ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคNCDs ลดความจำเป็นในการใช้ยา และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาว^(17, 20) จากผลการศึกษาพบ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับเท่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 65.00 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมาก ร้อยละ 61.88 แม้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 73.10 ได้รับการอบรมด้านสุขภาพเรื่อง 3อ.2ส. ร้อยละ 39.91 แต่มีโรคประจำตัวร้อยละ 75.34 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.31 จึงอาจมีการแสวงหาความรู้ที่บุคคลจะเลือกใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตและโรคNCDs อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.82, 69.51 และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.47 ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานีของนพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าความรู้สุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

3.สมมติฐานการวิจัยที่3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การมีนโยบายสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย และการมีนโยบายสุขภาพในชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี (P-value<0.01) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า สิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบภายนอกที่อยู่ นอกเหนือการควบคุมของบุคคล แต่มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน^(7, 19) ตัวอย่างของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้แก่

สถานบริการสุขภาพ สถานี้ออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวัน การเดินทางที่สะดวก ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม และการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง รวมถึงนโยบาย ด้านสุขภาพต่างๆ ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ บุคคลสามารถแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายขึ้น และรักษาพฤติกรรมเหล่านั้นไว้ได้อย่างยั่งยืน^(7,14) จากผลการศึกษา พบการมีส่วนร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนระดับสูง ร้อยละ 85.20, 82.51 ตามลำดับ จึงพบระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านสัมพันธภาพและการจัดการความเครียด ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 83.41, 67.72ตามลำดับ การมีนโยบายสุขภาพในชุมชนระดับสูง ร้อยละ 71.30 จึงพบ ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติดระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 76.68 ส่วนการเข้าถึง ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ และการเข้าถึงสถานี้ออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.96, 60.99 ตามลำดับ แต่กลับพบระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และออกกำลังกายในระดับเท่าค่าเฉลี่ย ร้อยละ 54.71, 52.47 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียด พบว่าผู้สูงอายุที่มี การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพระดับ ปานกลางมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับระดับเท่าค่าเฉลี่ยและระดับดีมากใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 44.44, 38.10 ตามลำดับ) ส่วนผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพระดับมากมีพฤติกรรม สุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมาก ร้อยละ 70.51 ส่วนการเข้าถึงสถานี้ออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงสถานี้ออกกำลังกายระดับต่ำและผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงสถานี้ออกกำลังกายระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับดีมากใกล้เคียงกัน ร้อยละ 88.89, 66.18 ตามลำดับ ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานีของนพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การเข้าถึงการรับบริการด้านสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการ สถานที่สาธารณะของชุมชน และการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุและชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

4. สมมติฐานการวิจัยที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ การได้รับ แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ปัจจัยเสริม ทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ($P\text{-value}<0.01$) เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าบุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล รวมถึงบุคลากร ด้านสาธารณสุข ล้วนเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างในการ “ส่งเสริม” หรือ “ขัดขวาง” การคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมสุขภาพ การแสดงออกของแรงเสริมเหล่านี้อาจอยู่ในรูปของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ หรือการยอมรับในสังคม ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญไม่เพียงแต่ในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมแรงให้บุคคลสามารถรักษาพฤติกรรมสุขภาพนั้นไว้ได้อย่างยั่งยืน^(7, 19) จากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้าน สุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.79, 91.93 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของนพดล ทองอร่าม,

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุดิพงศ์ มากมาย⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ 2) ปัจจัยนำด้านความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงร้านอาหารเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย และการมีนโยบายสุขภาพในชุมชน และ 4) ปัจจัยเสริม ทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนั้นหากต้องการให้ผู้สูงอายุพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ควรต้องส่งเสริมความรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต การสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ร้านอาหารเพื่อสุขภาพ สวนสาธารณะหรือสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน การบังคับใช้นโยบายสุขภาพในชุมชน ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในสถาบันครอบครัว ชุมชน ที่จะเป็แรงสนับสนุน หรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.องค์กรปกครองท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรใช้นโยบายสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสุขภาพดีให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ เช่น สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน ที่มีราคาไม่แพง มีเมนูอาหารที่หลากหลาย รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.กรมอนามัยควรสนับสนุนเครือข่ายจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วย 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรรณรงค์กระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความรอบรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเวชศาสตร์วิถีชีวิตด้านอาหารและการออกกำลังกาย

2.ควรมีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพด้วย 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเน้นด้านอาหารและการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

2.ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณพ.วิเชียร ต้นสุวรรณนนท์ ผศ.ดร.สุรีพร ชุมแดง น.ส.ชนิสสา เสงี่ยมญาติที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ นางบุษบา แพงบุปผา น.ส.จิตติมา ธาราพันธ์ นางอรอุมา ไชยดำ คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่รพ./รพ.สต.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนที่ให้การสนับสนุน ประสานการลงพื้นที่เก็บข้อมูล และอาสาสมัครทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลในการศึกษา

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. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/bbcb40adb960e0564efba686c316c009>
3. นงนุช เขาวนศิลป์. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://pws.npru.ac.th/nongnutch/system/sys_article/20240424120650_b12f5935f18ba1cacae4001677f9801b.pdf
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. วิชัย เอกพลากร. พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ และสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [อินเทอร์เน็ต]. กทม: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564. หน้า 64-239, 271-334 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/sreport6/sreport6_full.pdf
6. 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.
7. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning an educational and ecological approach. (3rd ed.). Toronto: Mayfield; 1999.
8. ทรรคนิย์ บุญมั่น. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัยจังหวัดสุโขทัย. ว.วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]; 4:137-52. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1229>

9. จันธิดา กมาลาสน์หิรัญ, กุสุมา ศรียากุล, สมบูรณ์ เกียรตินันท์, ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย, ปรัชญา เพชรเกตุ. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค. ว.วิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]; 29(1):36-46. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/8529/7904>
10. อีรพงษ์ รุ่งวิวัฒน์ศิลปะ. การจัดการความสุขและระดับความสุขในเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. J. RKSA [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]; 8(4):240-249. เข้าถึงได้จาก: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/261025>
11. นิตยา ศรีจ้านง และอัญชลี จันทาโก. วิถีชีวิตและศักยภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสังคมสูงวัย. ว. วชิรเวชสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]; 65:153-164. เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.14456/vmj.2021.15>
12. เกษม เวชสุทธานนท์. การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging). ว. การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]; 46(2), 111-128. เข้าถึงได้จาก <https://thaidj.org/index.php/tjha/article/view/14677/11817>
13. ศิริณา เชียงหลิว. เวชศาสตร์เพื่อการดำเนินชีวิต หรือเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/08/บทความเวชศาสตร์เพื่อการดำเนินชีวิต-หรือเวชศาสตร์วิถีชีวิต-Lifestyle-Medicine.pdf-Lifestyle-Medicine.pdf>
14. นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอลานสั๊ก จังหวัดอุทัยธานี. ว. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2567]; 3:106-17. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1160>
15. Bloom BS. Taxonomy of Education Objectives : The Classification of Education Goal. New York : Longman. 1956.
16. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977
17. อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, กัญญา ดิษยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, และคนอื่นๆ. 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>
18. Tipvarin B, Jatuporn O, Wanich S, Pongsak J, Nantiya K, Phannee R, et al. Health Behavior among Elderly in Huey Chinsri Municipal, Ratchaburi Province, Thailand. J. SRP [Internet]. 2021 [Cited 2024 Sep 15]; 12(1):715-9. doi:10.31838/srp.2021.1. 103
19. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์; 2541.

20. ภูติพ เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ. ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ, Preconference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team" (วันที่ 18-22 กันยายน 2566, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย). 2566