

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในกลุ่มวัยทำงาน ในตำบลดอนทราย อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย ส.ม.*

จตุรงค์ เดชารุ่งโรจน์ ส.บ.**

วรรณภา นาราเวช ส.ด.*

เจนุทัย เจริญศรี ส.ม.*

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย

ติดต่อผู้เขียน: ธัญวรรณ เกิดดอนทราย Email: thanyanwan1134@gmail.com

วันรับ:	26 พ.ค. 2568
วันแก้ไข:	3 ธ.ค. 2568
วันตอบรับ:	12 ธ.ค. 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งสำรวจประสบการณ์และมุมมองเชิงลึกของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ด้วยแบบสอบถามข้อมูลความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51 และ 56 ตามลำดับ) แต่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66.5) สถานภาพสมรสและความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.235$, $p<0.01$ และ $r=-0.138$, $p<0.05$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายตัวเดียวที่เหลืออยู่ในสมการสุดท้าย ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 25 ($R^2=0.250$) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นว่า ภาระการทำงานหนัก ข้อจำกัดด้านเวลา และการขาดความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนวัยทำงานในชุมชน ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ ได้แก่ การบูรณาการความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานในท้องถิ่น และสถานประกอบการ ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละกลุ่มอาชีพ การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการพัฒนาทักษะ การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในชุมชนให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการผลักดันนโยบายสาธารณะที่จะลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต; พฤติกรรมสุขภาพ; ประชาชนวัยทำงาน

บทนำ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตของบุคคลให้มีสุขภาพดี โดยอาศัยแนวทางหลัก 6 มิติ คือ การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การจัดการความเครียด การมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น การไม่บริโภคแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และการพักผ่อนหลับนอนอย่างเพียงพอ มาตรการดังกล่าวมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าช่วยลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง เป็นต้น^(1,2) จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสาร และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชากรไทย พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ 3อ. 2ส. ซึ่งประกอบด้วย การกินอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างของการศึกษาในมิติที่สำคัญตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะด้านการนอนหลับที่เพียงพอ (restorative sleep) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี (positive social connections) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของเสาหลัก 6 ประการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต เมื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาเพียง 2 เรื่อง โดยมีรายละเอียดดังนี้ (1) การศึกษาการจัดการความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตชนบทมีความสุขที่มากจากการใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย การได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน ในขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มวิถีชีวิตกึ่งเมืองมีความสุขเมื่อรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อความสุขและคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของเวชศาสตร์วิถี

ชีวิตที่เน้นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี⁽³⁾ (2) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี โดยพบว่า มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับดีมาก ร้อยละ 52.5 (สัมพันธ์ภาพ 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⁽⁴⁾

กลุ่มวัยทำงานเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนวัยทำงานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่ได้สัดส่วน ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงาน^(5,6)

จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากท่อในปี 2565 พบว่า ประชาชนในเขตตำบลดอนทรายมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงถึง ร้อยละ 32.8 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ โดยพบในกลุ่มวัยทำงานสูงถึง ร้อยละ 17.6⁽⁷⁾ ซึ่งจากการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นพบว่า มีภาวะอ้วนลงพุง ไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ไม่ค่อยออกกำลังกายเป็นจำนวนมาก⁽⁸⁾ นอกจากนี้ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่น ลักษณะการทำงานที่ต้องนั่งทำงานเป็นเวลานาน การขาดแคลนสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน ร้านค้าจำหน่ายอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพจำนวนมาก รวมถึงการรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนที่ยังไม่ต่อเนื่องเป็นระบบ⁽⁹⁾ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้

เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่ตำบลดอนทรายมากขึ้น แม้จะมีงานวิจัยในประเทศไทยจำนวนหนึ่งที่กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในกลุ่มวัยทำงาน แต่การขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ และอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนวัยทำงานในตำบลดอนทรายโดยเฉพาะ รวมถึงการขาดงานวิจัยที่บูรณาการข้อมูลด้านพฤติกรรม สุขภาพกาย สภาพแวดล้อมชุมชน และบริบททางสังคมในพื้นที่เดียวกัน ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบแนวทางส่งเสริมสุขภาพหรือพัฒนานวัตกรรมที่ตอบโจทย์ชุมชนได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตของประชาชนวัยทำงานในตำบลดอนทราย พร้อมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม คาดหวังว่า ผลการศึกษจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี และได้รับอนุมัติตามเอกสารรับรองเลขที่ COA 3/2568 รหัสโครงการวิจัยหมายเลขที่ BTU-IRB 35/2567 วันที่รับรอง 21 มีนาคม พ.ศ. 2568 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนวัยทำงานอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลดอนทราย อำเภอบางท้อ จังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งสิ้น 8,867 คน การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power⁽¹⁰⁾ ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 166 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20% เพื่อชดเชยแบบสอบถาม

ที่อาจมีความไม่สมบูรณ์หรือการสูญหาย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 200 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling)⁽¹¹⁾ ดังนี้

แบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน

สุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อจากทะเบียนราษฎรในแต่ละหมู่บ้าน จนได้ครบตามจำนวนที่คำนวณไว้ในแต่ละชั้นภูมิ หากไปเก็บข้อมูลแล้วไม่พบผู้ที่ถูกสุ่มหรือมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้ทำการสุ่มรายชื่อสำรองที่ได้จัดเตรียมไว้ในแต่ละชั้นภูมิ

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมจำนวน 10 คน ได้แก่ 1 ผู้นำชุมชนหรือแกนนำด้านสุขภาพ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. จำนวน 5 คน และ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 5 คน

ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ได้แก่ ประชาชนวัยทำงานอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลดอนทรายจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 6-8 คน โดยแบ่งกลุ่มตามลักษณะอาชีพและสถานที่ทำงาน รวมจำนวน 18-24 คน คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม กลุ่มที่ 2 ผู้ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม (ทั้งในและนอกชุมชน) และกลุ่มที่ 3 ผู้ที่ทำงานด้วยตนเอง/เจ้าของกิจการ/ค้าขาย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าโครงการ

การวิจัยเชิงปริมาณ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. อาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่ตำบลดอนทรายไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
4. ไม่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การวิจัยเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

1. มีอายุ 20-59 ปี และอาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 2 ปี
2. ยินดีมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

และแสดงความคิดเห็น

3. ไม่เคยเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก

4. มีความหลากหลายทางเพศ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ เป็น ผู้ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์และดัดแปลงจากแบบสอบถามของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ สร้างขึ้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลในกลุ่มวัยทำงาน ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว ข้อคำถามเป็นลักษณะปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด เวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก (8 ข้อ) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 และ 10 ส่วนข้อคำถามเป็นข้อความเชิงลบ (2 ข้อ) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2 และ 8 เป็นแบบสอบถามปลายปิดของบลูม⁽¹³⁾ แบ่งระดับกำหนดคะแนนของคำตอบเป็น 2 ระดับ คือ ถูก ผิด 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด เวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน แบบวัดการรับรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย 3 หมวด คือ การรับรู้ประโยชน์เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก (4 ข้อ) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3 และ 4 การรับรู้อุปสรรคเรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์

วิถีชีวิตลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงลบ (4 ข้อ) และ แรงสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก (5 ข้อ)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก (7 ข้อ) ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 5, 7, 8 และ 9 ส่วนข้อคำถามเป็นข้อความเชิงลบ (2 ข้อ) ได้แก่ ข้อคำถาม ที่ 3 และ 6 ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การไม่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และการพักผ่อนหลับนอนที่เพียงพอ

การวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท คือ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ แนวคำถามสำหรับผู้นำชุมชน/แกนนำด้านสุขภาพ (ผู้ใหญ่บ้าน อสม.) จำนวน 5 คน ระยะเวลาการสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที และแนวคำถามสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข) จำนวน 5 คน ระยะเวลาการสัมภาษณ์คนละ 45-60 นาที

2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม การสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะอาชีพ กลุ่มละ 6-8 คน ระยะเวลากลุ่มละ 90-120 นาที ได้แก่ กลุ่มที่ 1 เกษตรกร กลุ่มที่ 2 พนักงานบริษัท/ลูกจ้างนอกภาคเกษตรและกลุ่มที่ 3 เจ้าของธุรกิจ/ค้าขาย

วิธีการเก็บข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชาชนวัยทำงานอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลดอนทราย อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 30 นาที

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) รวมจำนวน 10 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูล 2 ชั่วโมง ได้แก่ ผู้นำชุมชนหรือแกนนำด้านสุขภาพ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 5 คน

ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ระยะเวลาการเก็บข้อมูล กลุ่มละ 2 ชั่วโมงประชาชนวัยทำงานอายุ 20-59 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลดอนทรายจำนวน 3 กลุ่ม ๆ ละ 6-8 คน โดยแบ่งกลุ่มตามลักษณะอาชีพและสถานที่ทำงาน รวมจำนวน 18-24 คน คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม กลุ่มที่ 2 ผู้ที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม (ทั้งในและนอกชุมชน) และกลุ่มที่ 3 ผู้ที่ทำงานด้วยตนเอง/เจ้าของกิจการ/ค้าขาย

ผลการศึกษา

ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 57.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) มีสถานภาพ

สมรสหรืออยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 52.5) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด (ร้อยละ 23.5) และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.0) เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงค่าปกติ คือ 18.5-22.9 (ร้อยละ 34.5) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.0) ผลการวัดระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.0) ในด้านการรับรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับปานกลางเช่นกัน (ร้อยละ 56.0) ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66.5)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพสมรสและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -0.235 ($p=0.002$) และ -0.138 ($p=0.050$) ตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบที่ 1 พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	-0.082	0.251
อายุ	-0.096	0.177
ระดับการศึกษา	0.104	0.144
สถานภาพสมรส	-0.235	0.002
อาชีพ	-0.067	0.344
รายได้	0.093	0.194
ดัชนีมวลกาย (BMI)	-0.048	0.498
โรคประจำตัว	0.025	0.724
ความรู้เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน	-0.138	0.050
การรับรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน	0.112	0.113

และโรคประจำตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 12.4 ($R^2 = 0.124$) ดังตารางที่ 2 และเมื่อปรับปัจจัยเข้าสู่สมการทำนายโดยใช้วิธี stepwise ตามรูปแบบที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้เป็นตัวแปรตัวเดียวที่เหลืออยู่ในสมการ และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 25 ($R^2 = 0.250$) ดังตารางที่ 3

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบกับการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คนทำงานนอกภาคเกษตร และเจ้าของธุรกิจ/ค้าขาย ทำให้ได้ข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้ ประชาชนวัยทำงานในชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตค่อนข้างน้อย เนื่องจากต้องทำงานหนักเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว มีเวลาจำกัดในการดูแลสุขภาพ ขาดแรงจูงใจ และบางส่วนยังเข้าถึงข้อมูลหรือบริการสุขภาพที่เพียงพอ นอกจากนี้ ลักษณะการทำงานและวิถีชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอาชีพก็ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย โดยเกษตรกรมีข้อจำกัดด้านเวลาและลักษณะงานที่ใช้แรงงานมาก ส่วนคนทำงานประจำมักมีความเครียดและขาดโอกาสในการออกกำลังกาย ขณะที่เจ้าของธุรกิจมีอิสระทางเวลา

มากกว่าแต่มีภาระความรับผิดชอบและความเครียดสูง อย่างไรก็ตาม ทุกกลุ่มอาชีพต่างเห็นตรงกันว่า การขาดความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนวัยทำงาน การสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในการถ่ายทอดความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรม รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งในชุมชนและที่ทำงาน

วิจารณ์

ผลการศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานในชุมชนมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับปานกลางแต่มีพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับต่ำนั้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณก นาเครือ⁽⁴⁾ พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เอกพลากร⁽¹⁴⁾ ประชาชนวัยทำงานยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเท่าที่ควรในหลายด้าน อาจอธิบายได้จากแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทฤษฎีแบบแผน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบที่ 1

Model	R	R square (r^2)	Adjusted R square	Std.
1	0.351 ^a	0.124	0.077	0.62738

a. Predictors: (constant) ความรู้ การรับรู้ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบที่ 2 (Stepwise)

Model	R	R square (r^2)	Adjusted R square	Std.
1	0.500 ^a	0.250	0.241	0.47006

a. Predictors: (constant) การรับรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการกระทำ พฤติกรรม โดยที่ปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐฐานะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการปฏิบัติด้วย ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ซึ่งส่วนใหญ่มี เศรษฐฐานะค่อนข้างต่ำและต้องทำงานหนักจึงอาจส่งผล ให้มีการรับรู้ถึงประโยชน์และความสำคัญของพฤติกรรม สุขภาพไม่มากเท่าที่ควร ในขณะเดียวกันก็รับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติสูง จึงทำให้มีแนวโน้มของการมีพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ดีนัก

ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับ พฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตนั้น การศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม สุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นผล มาจากภาระความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีครอบครัว ทำให้มีเวลาและกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของภูษิตา อินทรประสงค์⁽¹⁶⁾ ที่ พบความสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกัน

ผลการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความ รู้กับพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต ชี้ให้เห็นว่า การ มีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเสมอไป หากขาดปัจจัย สนับสนุนอื่นๆ เช่น ทัศนคติที่ดี แรงจูงใจ หรือการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ดังการศึกษา ของกนกพร สุคำวัง และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าความรู้เพียงอย่าง เดียว ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล⁽¹⁸⁾ ที่เน้นบทบาทของทัศนคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ร่วมกับความรู้ในการกำหนดพฤติกรรม

จากการวิเคราะห์จะพบว่า ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย และโรค-ประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัย ต่างๆ อาจยังคงมีบทบาททางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ผ่านกลไกอื่นๆ ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต แต่จากข้อมูลเชิง-คุณภาพ พบว่า ผู้หญิงและผู้ชายมีรูปแบบและอุปสรรค ในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้หญิงมักมีบทบาท หน้าที่ในการทำงานและการดูแลครอบครัว ในขณะที่ ผู้ชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่และดื่ม แอลกอฮอล์มากกว่า ดังนั้น การออกแบบโปรแกรม-ส่งเสริมสุขภาพควรคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศใน เชิงคุณภาพ แม้จะไม่พบความแตกต่างทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณก นาเครือ⁽⁴⁾ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์ วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตอาจเป็นเพราะกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุวัยทำงาน (20-59 ปี) ซึ่ง มีลักษณะการใช้ชีวิตและภาระงานที่คล้ายคลึงกัน จาก ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มอายุต่างๆ มีความต้องการ และอุปสรรคที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุน้อยมักมีความ กังวลเรื่องรูปร่างและน้ำหนัก ในขณะที่กลุ่มอายุมากมัก กังวลเรื่องโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจต้องการแนวทางส่งเสริม-สุขภาพที่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ใน ทิศทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการศึกษาไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมผ่านการ รับรู้มากกว่าจะส่งผลโดยตรง โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมี การเข้าถึงข้อมูลและการรับรู้ที่ดีกว่า แต่ในขณะเดียวกัน ก็อาจมีภาระงานและความเครียดมากกว่า ซึ่งเป็นอุปสรรค ต่อการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณก นาเครือ⁽⁴⁾ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวช- ศาสตร์วิถีชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตอาจขัดแย้งกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่า อาชีพต่างกันมีอุปสรรคต่างกัน

อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่า ประเภทอาชีพ ไม่ได้กำหนดพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง แต่ส่งผลผ่านการสร้างอุปสรรคและโอกาสที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้ที่ดีสามารถปรับตัวและหาวิธีดูแลสุขภาพได้แม้จะอยู่ในอาชีพที่มีข้อจำกัด เช่น เกษตรกรที่มีการรับรู้ที่ดีอาจใช้การทำงานเกษตรเป็นการออกกำลังกายและเลือกรับประทานผักผลไม้ที่ปลูกเอง

ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า รายได้เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงอาหารสุขภาพและสถานที่ออกกำลังกาย แต่พฤติกรรมสุขภาพบางประการไม่จำเป็นต้องใช้เงินมาก เช่น การเดิน การยืดเหยียด การหลับนอนเพียงพอหรือการลดความเครียดด้วยวิธีธรรมชาติ ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพควรเน้นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้งบประมาณสูง และแสดงให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพทำได้โดยไม่ต้องใช้เงินมาก

ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตอาจแสดงให้เห็นว่า น้ำหนักตัวไม่ได้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมโดยตรง แต่เป็นผลลัพธ์ของพฤติกรรมในระยะยาว รวมถึงปัจจัยทางพันธุกรรมและการเผาผลาญ พิจารณาว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินอาจมีการรับรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมในอนาคต

ผลการศึกษาพบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัวควรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพื่อควบคุมโรค ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การมีโรคประจำตัวเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากขาดการรับรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกท้อแท้หรือยอมแพ้กับสภาพโรคทำให้ไม่พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สอดคล้องกับการศึกษาของกรกนก นาเครือ⁽⁴⁾ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย จะเห็นได้ว่า เงื่อนไขการทำงานและวิถีชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละอาชีพส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในโอกาสการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และเป็นอุปสรรคต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่าง สอดคล้องกับการศึกษาของชัยณภาค ขุนพิลึก⁽¹⁹⁾ และอรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์⁽²⁰⁾ ที่ชี้ให้เห็นความท้าทายในการจัดสรรเวลาเพื่อการทำงานและการดูแลสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงานตามบริบทอาชีพที่หลากหลาย และจากมุมมองของแนวคิดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ⁽²¹⁾ การที่คนทำงานต้องเผชิญกับข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพเนื่องจากเงื่อนไขการทำงานและรายได้นั้น ถือเป็นความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพที่สังคมควรให้ความสำคัญและแก้ไข เช่น การสร้างนโยบายส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงานตามที่ Hammig และ Bauer⁽²²⁾ ได้เสนอไว้ นอกจากนี้ การที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าตนเองยังขาดความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตนั้น ก็สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยต้องเน้นการลงมือปฏิบัติและการติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ดังเช่นโปรแกรมที่นริศรา พึ่งโพธิ์สภา และคณะ⁽²³⁾ ได้พัฒนาขึ้นและพบว่าช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญ ในการพัฒนาโปรแกรมหาดังกล่าว ก็มีความจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงความหลากหลายของกลุ่มอาชีพและความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มอาชีพต่างๆ มีบริบทการทำงาน ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงควรยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังที่รัชนา ศานติยานนท์⁽²⁴⁾ ก็พบความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม-

อาชีพ และได้ให้ข้อเสนอแนะในการกำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับแต่ละบริบท

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยทำงาน และการสร้างแรงจูงใจและเครือข่ายสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ จัดบริการคัดกรองสุขภาพนอกเวลาราชการ เช่น ช่วงเย็นหรือวันหยุด เพื่อให้สอดคล้องกับภาระงานของประชาชน พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. การเสริมสร้างความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (workshop) เกี่ยวกับโภชนาการการจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรมรวมถึงการจัดทำสื่อความรู้ที่เหมาะสมกับประชาชนในแต่ละอาชีพ เช่น คลิปวิดีโอสั้น แผ่นพับ หรือชุดความรู้แบบเข้าใจง่าย

3. การพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในชุมชน ฝึกอบรมแกนนำชุมชนและ อสม. ให้มีทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น การให้คำแนะนำด้านโภชนาการการออกกำลังกาย

4. การปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลักดันให้มีพื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน เช่น ลานสุขภาพ ทางเดิน-ทางวิ่ง ลานกีฬา สนับสนุนร้านค้าชุมชนให้จำหน่ายอาหารสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น เมนูทางเลือกลดหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมมาตรการสถานที่ทำงานสุขภาพดี (Healthy Workplace) เช่น พักยืดเส้นระหว่างงาน ห้ามขายเครื่องดื่มหวานเกินเกณฑ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลลัพธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยทำงาน

2. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและ

เพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษา

3. ควรพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพให้มีความตรงและความเที่ยงในระดับที่สูงขึ้น รวมถึงการใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายเพื่อลดความลำเอียงจากการรายงานด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Rippe JM. Lifestyle medicine: the health promoting power of daily habits and practices. Am J Lifestyle Med 2018;12(6):499-512.
2. Morton D, Rankin P, Kent L, Dysinger W. The Complete Health Improvement Program (CHIP): history, evaluation, and outcomes. Am J Lifestyle Med 2021;10(1):64-73.
3. อีรพงษ์ รุ่งวิวัฒน์ศิลปะ. การจัดการความสุขและระดับความสุขในเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลือ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงเรียนร้อยแก่นสาร 2566;8(4):240-9.
4. กรกนก นาเครือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567;47(ฉบับเพิ่มเติม กรกฎาคม - กันยายน):S82-97.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2564.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางท้อ. สถิติสาธารณสุขอำเภอบางท้อ ปีงบประมาณ 2565. ราชบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางท้อ; 2565.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. ราชบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย; 2565.

9. องค์การบริหารส่วนตำบลดอนทราย. แผนพัฒนาตำบล-ดอนทราย ปี 2566-2570. ราชบุรี: องค์การบริหารส่วน-ตำบลดอนทราย; 2566.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(4): 1149-60.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชากรวัยทำงานในชุมชน. นนทบุรี: กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
13. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, handbook I: The Cognitive Domain. New York: David McKay; 1975.
14. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
15. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low income populations. Am J Public Health 1974;64(3):205-16.
16. ภูษิตา อินทรประสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2559;36(2): 91-102.
17. กนกพร สุคำวัง, นงนุช โอปะ, สุรีย์ ธรรมิกบวร, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง จังหวัดพะเยา. วารสารการ-พยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(4):175-85.
18. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.
19. ชัยณุกาต ขุนพิลึก. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านหนองบัว ตำบลลี้กหลง อำเภอลำลือ จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารการศึกษาสุขภาพไทย 2563;7(2):178-92.
20. อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงาน เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า 4 หัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. บุรพาเวชสาร 2566;46(2):65-76.
21. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up, part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
22. Hämmig O, Bauer GF. Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. Occup Med (Lond) 2014;64(1):34-8.
23. นริสรา พิงโพธิ์สภ, นิตยา พันธุเวทย์, อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล-ทหารบก 2562;20(1):60-71.
24. รัชนา ศานติยานนท์, สุนีย์ ละกำป็น, อรุณรัตน์ ศรีจันทร์ นิตย์. พฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม: กรณีศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38(1):88-98.

**Factors Influencing Lifestyle Medicine Health Behaviors among the Working-Age Population
in Don Sai Sub-district, Pak Tho District, Ratchaburi Province**

Thanyawan Kerddonsai, M.P.H.*; Jaturong Decharungrote, B.P.H.; Wanlapha Naravech, Dr.P.H.*;
Jenruthai Charoensri, M.P.H.***

** Faculty of Public Health, Bangkok Thonburi University; **Don Sai Health Promoting Hospital, Thailand
Journal of Health Science of Thailand 2026;35(Suppl 1):S13-S23.*

Corresponding author: Thanyawan Kerddonsai, Email: thanyawan1134@gmail.com

Abstract: The objectives of this study were to assess levels of knowledge, perception, and health behaviors based on lifestyle medicine concepts among participants; and analyze relationships between personal factors, enabling factors, and health behaviors, as well as to identify predictors of health behaviors and explore in-depth experiences and perspectives of relevant stakeholders. Quantitative data were collected from 200 participants using questionnaires on knowledge, perception, and health behaviors based on lifestyle medicine concepts. Qualitative data were gathered through in-depth interviews and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential statistics, and content analysis. Results showed that participants had moderate levels of knowledge and perception regarding health behaviors (51% and 56%, respectively), but overall health behaviors were at a low level (66.5%). Marital status and knowledge showed significant negative correlations with health behaviors ($p < 0.05$). Stepwise multiple regression analysis revealed that perception of health behaviors was the only predictor remaining in the final equation, explaining 25% of the variance in health behaviors ($R^2 = 0.250$). Qualitative findings indicated that heavy workload, time constraints, and lack of knowledge and skills for behavior modification were major barriers to good health behaviors among working-age community members. Recommendations from this study include integrating collaboration among community hospitals, local authorities, and workplaces to provide health promotion services appropriate to each occupational group context; developing participatory health behavior change programs emphasizing skill development, motivation building, and continuous follow-up care; enhancing capacity of community health leaders to become change agents; and promoting public policies to reduce health inequities and create environments conducive to good health behaviors.

Keywords: lifestyle medicine; health behaviors; working-age population