



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ของประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี Factors related to Healthy Lifestyle Behaviors of People in Selected Community, Thonburi District

วัชรพร เชยสุวรรณ* วณาลักษณ์ พอกเพิ่มดี** อมรทิพย์ ณ บางช้าง* สุภรณ์ โพธิสา*

Vacharaporn Choeisuwan,* Wanalak Porkpermdet,** Amornthip Na Bangchang,* Suporanee Potisa*

*,** วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร

*,** Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok

** Corresponding Author: Nadeer_nalak@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 169 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์โคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 37.28) รองลงมา คือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 28.40) 2) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 29.59) รองลงมา คือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 27.40) และ 3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (Cramer's V = 0.243, 0.225, 0.225 และ 0.216 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ($r = -.195$) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ($r = .617$) ซึ่งผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี

Received: September 11, 2024; Revised: October 3, 2024; Accepted: October 8, 2024



Abstract

The purposes of this research were to study health literacy, healthy lifestyle behaviors and factors related to healthy lifestyle behaviors in selected community, Thonburi District. The sample consisted of 169 people living in selected community, Thonburi District, aged 20 years and over. The research tools included health literacy and healthy lifestyle behavior questionnaires. The Cronbach's alpha coefficient were 0.94 and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test and Pearson product moment correlation coefficient. The results showed that: (1) The sample group had healthy lifestyle behaviors at high level (37.28%), followed by the highest level (28.40%); (2) Health literacy in total was high level (29.59%), followed by the highest level (27.40%); and (3) Factors related to healthy lifestyle behaviors with statistical significance at .05 level included income sufficiency, marital status, occupation, and underlying disease having low positive relationship (Cramer's V = 0.243, 0.225, 0.225, and 0.216, respectively). While the sample aged 60 years and over had a very low negative relationship ($r = -.195$), and health literacy was positively related to healthy lifestyle behaviors at moderate level ($r = .617$). The results of this study are beneficial to further strengthen health literacy and healthy lifestyle behaviors of people in community.

Keywords: health literacy, healthy lifestyle behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2016 พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่า 90,000 คน¹ โดยมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัยหรือรวมหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเมตาบอลิก กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (หมายถึง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง) โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง องค์การสหประชาชาติได้ตระหนัก

และเล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อ 3.4 ที่มีจุดมุ่งหมายลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลงให้ได้หนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี พ.ศ. 2573² โดยมุ่งไปที่การส่งเสริมควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จัดการอารมณ์ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยการลดอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ กำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมวิถีชีวิตเสี่ยง ดังนั้นแนวทางการควบคุมและแก้ไขด้วยการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เกิดจากความตั้งใจและให้ความร่วมมืออย่างดีของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เริ่มด้วย

การพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอ กับตนเอง เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) นั้นเอง³

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้ จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการ ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการ สุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของ ตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี⁴⁻⁵ คุณลักษณะ พื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้อง เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อม รับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง และดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มี 6 ประการ ตามแนวคิดของ Nutbeam⁴ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การ จัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะ การตัดสินใจ ความรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และมีความสัมพันธ์ กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ⁶ บุคคลที่มีความรู้ด้าน สุขภาพที่เพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค ควบคุมระดับ ผลเลือดได้ และมีผลลัพธ์สุขภาพในระยะสุดท้าย เช่น การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลลดลง การสูญเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ความรุนแรงของ โรคและความตายก่อนวัยมีปริมาณลดลงกว่าบุคคล ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ⁷ ซึ่ง Nutbeam⁸ ได้ เสนอโมเดลความรู้ด้านสุขภาพในบทบาทของ ผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ (Health literacy as an outcome of health promotion) โดยเสนอ ผลลัพธ์ในระยะกลาง คือ ความรู้ด้านสุขภาพ

ส่งผลต่อการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ที่วัดได้จาก พฤติกรรมสุขภาพ คือ การออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด พฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีเป็นการ กระทำที่เป็นกิจวัตรในชีวิตประจำวันที่แสดงถึงการ ป้องกันการเจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่ง สุขภาวะที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ครอบคลุม พฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร เพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) การป้องกันโรค 4) การมีสุขภาพจิตที่ดี และ 5) การมีส่วนร่วมกิจกรรม ทางสังคม⁷

จากผลประเมินความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนใน 76 จังหวัด ใน กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 - 59 ปี) จำนวน 15,278 คน พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 49) รองลงมา ระดับพอใช้ (ร้อยละ 45.5) และระดับดีมาก (ร้อยละ 5.5) สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 56.7) รองลงมา ระดับพอใช้ (ร้อยละ 38.1) และระดับดีมาก (ร้อยละ 5.2)⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ และพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะ ที่ดี พบว่า ประชากรที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในระดับดีมากกว่าประชากร ที่เป็นเพศชาย¹⁰ ระดับการศึกษาและความรู้ด้าน สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.¹⁰ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน¹¹ พบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง และผู้มีความรู้ระดับดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ ผู้มีเครือข่ายทางสังคมระดับ



ปานกลางและผู้มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ ผู้ที่มีอาชีพค้าขายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีกว่าผู้ไม่มีอาชีพ สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับความเครียด แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ และมีแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอ และเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย¹²

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพของชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี พบว่า มีประชากรอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.52 (220 คน) รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.14 (133 คน) โรคและความเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนเลือกสรร 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 22.63 (98 คน) โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 12 (52 คน) และไขมันในหลอดเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 10.62 (46 คน)¹³ และจากผลประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนใน 76 จังหวัด ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี และพอใช้⁹ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน รวมทั้งปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนเลือกสรรที่เป็นกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹³ ดังนั้นจึงต้องมุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและนำไปสู่การมีสุขภาวะต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี และความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของ

ประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะสุขภาพที่ดี สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ รวมทั้งชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองจนนำไปสู่สุขภาวะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ สถานะทางสังคม และความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี

สมมติฐานการวิจัย

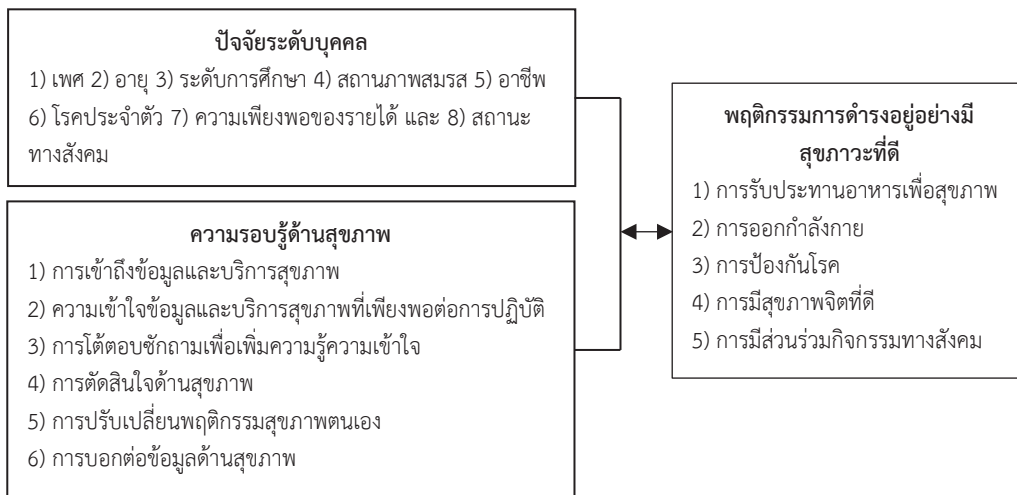
เพศ¹⁰ สถานภาพการสมรส¹¹ อาชีพ¹¹ สถานะทางสังคม¹¹ อายุ¹⁴ ระดับการศึกษา¹⁵ โรคประจำตัว¹⁵ ความเพียงพอของรายได้¹⁵ และความรู้ด้านสุขภาพ¹⁶ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ จากแนวคิดของ Nutbeam⁴ โดยศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ
4) การตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6) การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพดี และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ¹⁰ สถานภาพการสมรส¹¹

อาชีพ¹¹ สถานะทางสังคม¹¹ อายุ¹⁴ ระดับการศึกษา¹⁵ โรคประจำตัว¹⁵ ความเพียงพอของรายได้¹⁵ และศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดีครอบคลุม 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) การป้องกันโรค 4) การมีสุขภาพจิตที่ดี และ 5) การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม^{4,7,15} ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี อายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 2) สมารถใจและยินดียอมรับวิจัย และเกณฑ์การ

คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูดคุย หรืออ่านเขียนภาษาไทยได้ 2) ขณะตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย หน้ามืด เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณ Power analysis ของ Cohen¹⁷ โดยผู้วิจัยใช้สถิติ Correlation กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง เท่ากับ 0.30¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 84 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยอีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 100 คน ทั้งนี้เนื่องจากบางครั้งรอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวที่ยินดีให้ข้อมูลได้มากกว่า 1 คน ในการ



เก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมด 169 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ และสถานะทางสังคม

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในหมู่บ้าน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม³ จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ 4) การตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 6) การบอกต่อข้อมูลสุขภาพ รวมข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด (5 คะแนน) จริงมาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) จริงน้อย (2 คะแนน) และจริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพคะแนนเต็ม 120 คะแนน จำแนกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับ	การแปลผล
- 24 - 71.99 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- 72 - 83.99 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้ถูกต้องบ้าง
- 84 - 95.99 คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้ถูกต้อง
- 96 - 120 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีมากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

3. แบบสอบถามพฤติกรรมดำรงอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดี ประยุกต์จากวิจัยของ พิชชาดา สุทธิแป้น¹⁸ ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาด้วยค่า IOC เท่ากับ 0.80 - 1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) การป้องกันโรค 4) การมีสุขภาพทางจิตที่ดี และ 5) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมข้อคำถาม 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) เป็นบางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) คะแนนเต็ม 144 คะแนน จำแนกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับ	การแปลผล
- 36 - 86.39 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี ไม่ถูกต้อง
- 86.40 - 100.79 คะแนน หรือ ≥ 60 - < 70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย
- 100.80 - 115.19 คะแนน หรือ ≥ 70 - < 80% ของคะแนนเต็ม	ดี	การปฏิบัติตนตามพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่
- 115.20 - 144 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	การปฏิบัติตนตามพฤติกรรมการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาวะที่ดี ได้ถูกต้องสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย
การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
(Content validity) โดยนำแบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ
และแบบสอบถามพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมี
สุขภาวะที่ดี เสนอผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย การ
พยาบาลผู้สูงอายุ และการพยาบาลอนามัยชุมชน
จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
และภาษา และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
(Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งค่าเฉลี่ย
ที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป¹⁹ ในการวิจัยนี้
มีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.67 - 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ
(Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจ
โดยผู้เชี่ยวชาญและผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไป
ทดลองใช้กับประชาชนในชุมชนเลือกสรรที่มี
ลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อ
หาความเที่ยงของแบบสอบถามแบบความสอดคล้อง
ภายใน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
ซึ่งค่าเฉลี่ยที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป¹⁹ ใน
การวิจัยนี้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและ
แบบสอบถามพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี
มีค่าเท่ากับ 0.94 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย

ประสานกับผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข
ของชุมชนเลือกสรร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ
ทำวิจัยและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์
คุณสมบัติที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่ม
ตัวอย่างแต่ละรายโดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์
และวิธีการศึกษา ขออนุญาตเก็บข้อมูล อธิบายการ
ยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการ และสิทธิของผู้ร่วมวิจัย
สามารถไม่ตอบหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา
ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 - 20 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารเลขที่
COA-NMD-REC 064/65 วันที่รับรอง 15 ธันวาคม
2565 - 14 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย
ด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา
วิธีดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่
ได้รับจากการศึกษา ในการเข้าร่วมการศึกษาเป็นไป
ด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่าง
มีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ
ถ้าต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลเสียใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล
ที่ได้รับข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้
เป็นความลับ และจะเสนอข้อมูลในภาพรวมที่จะไม่
กระทบกระเทือนหรือก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ
กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง



การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีเพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและการแจกแจงของตัวแปรโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ความเพียงพอของรายได้ และสถานะทางสังคมกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยใช้สถิติไคสแควร์และหาขนาดความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Cramer's V coefficient

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.05 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 31.95 มีอายุระหว่าง 28 - 97 ปี อายุเฉลี่ย 62.91 ปี (SD = 13.78) มีสถานภาพสมรส คู่/สมรส คิดเป็นร้อยละ 56.21 รองลงมา คือ โสด หม้าย หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 43.79 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.52 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 16.57 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.89 รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 22.49 มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 78.70 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 62.7 และไม่ได้เป็นกรรมการชุมชนหรือแกนนำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 97.63

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 37.28 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 28.40 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการป้องกันโรค (Mean = 39.41, SD = 5.08) และด้านการมีสุขภาพจิตที่ดี (Mean = 21.19, SD = 2.56) ในระดับดี ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Mean = 18.17, SD = 3.19) และในระดับที่ไม่ดี ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (Mean = 14.10, SD = 5.53) และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Mean = 13.72, SD = 4.74) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีโดยรวม อยู่ในระดับดี (Mean = 106.59, SD = 14.35)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนเลือกสรร

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเลือกสรร มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 29.59 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 27.40 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Mean = 16.07, SD = 3.03) ระดับดี ได้แก่ ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (Mean = 14.48, SD = 3.84) และด้านการตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (Mean = 15.47, SD = 3.51) และในระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Mean = 13.91, SD = 3.84) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Mean = 13.07, SD = 3.97) และด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (Mean = 12.18, SD = 4.04) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 85.18, SD = 17.36)

**ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี
ของประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี**

ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส
อาชีพ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ
ต่ำกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของ
ประชาชนในชุมชนเลือกสรร อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 อายุ 60 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์

ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการดำรงอยู่
อย่างมีสุขภาวะที่ดี ($r = -.195$) และความรอบรู้ด้าน
สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง
กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี
($r = .617$) ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานะทาง
สังคม และอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชน
เลือกสรร (ดังตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของ
ประชาชนในชุมชนเลือกสรร โดยใช้สถิติไคสแควร์

ปัจจัย ส่วนบุคคล	พฤติกรรม การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี						χ^2	Cramer's V	p- value
	ไม่ดี/พอใช้		ดี		ดีมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ	58	34.32	63	37.28	48	28.40	4.303	-	.116
- หญิง	24	14.20	15	8.88	15	8.88			
- ชาย	34	20.12	48	28.40	33	19.53			
ระดับ การศึกษา	58	34.32	63	37.28	48	28.40	13.271	-	.103
- ไม่ได้เรียน	7	4.14	11	6.51	3	1.78			
- ประถมศึกษา	26	15.38	34	20.12	22	13.02			
- ม.ต้น	8	4.73	3	1.78	6	3.55			
- ม.ปลาย	12	7.11	10	5.92	6	3.55			
- ปริญญาตรี ขึ้นไป	5	2.96	5	2.96	11	6.51			
ความเพียงพอ ของรายได้	58	34.32	63	37.28	48	28.40	9.958*	0.243	.007
- เพียงพอ	38	22.49	52	30.77	43	25.44			
- ไม่เพียงพอ	20	11.83	11	6.51	5	2.96			
สถานภาพ สมรส	58	34.32	63	37.28	48	28.40	8.565*	0.225	.014
- โสด/หม้าย/ หย่า/แยก	17	10.06	35	20.71	22	13.02			
- คู่/สมรส	41	24.26	28	16.57	26	15.38			
อาชีพ	58	34.33	63	37.27	48	28.40	25.56*	0.225	.012
- ใช้แรง	21	12.43	8	4.73	7	4.14			
- ค้าขาย	12	7.10	12	7.10	14	8.28			



ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร โดยใช้สถิติไคสแควร์ (ต่อ)

ปัจจัย ส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี						χ^2	Cramer's V	p- value
	ไม่ดี/พอใช้		ดี		ดีมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
- รับราชการ	0	0.00	1	0.59	1	0.59	4.704	-	.095
- พนักงาน/ วิสาหกิจ	4	2.37	0	0.00	3	1.78			
- ไม่มีอาชีพ	21	12.43	42	24.85	23	13.61			
บทบาททางสังคม	58	34.32	63	37.28	48	28.40			
- กรรมการชุมชน/แกนนำ กลุ่มในชุมชน	0	0	1	0.59	3	1.73			
- ประชาชน ในชุมชน	58	34.32	62	36.69	45	26.63	7.881*	0.216	.019
โรคประจำตัว	58	34.32	63	37.28	48	28.40			
- มี	31	18.34	48	28.40	27	15.98			
- ไม่มี	27	15.98	15	8.88	21	12.42			

* $p < .05$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประชากรในช่วงอายุที่ศึกษากับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี

ช่วงอายุ	พฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี	
	r	p-value
อายุโดยรวม	.124	.111
- อายุ 20 - 59 ปี	.054	.677
- อายุ 60 ปีขึ้นไป	-.195*	.047
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.617*	.001

* $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร เขตธนบุรี มีประเด็นในการอภิปรายดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจที่ไขไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสะท้อนให้เห็นความสามารถ

ในการใช้ข้อมูลข่าวสาร สามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของทฤษฎีมีส่วนร่วมในกิจกรรม อันนำมาซึ่งผลของการมีแบบแผนชีวิตที่ดี พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่สำคัญๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติตัว ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น⁶ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สกานเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์²⁰ ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแปรผันตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่กำหนด ทั้งนี้เนื่องจาก รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดหลักของความมั่นคงทางจิตใจ เช่น จำเป็นต้องจ่ายให้บุตรหลานในวันสำคัญ การทำบุญ ค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน หรือใช้จ่ายส่วนตัวตามอัธยาศัยเพื่อความมั่นคงทางจิตใจในบั้นปลายชีวิต หรือแม้แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคประจำตัว²¹ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ วงศ์จันทร์, สุวรรณ วุฒิณฤทธิ์ และ รัตนา เหลืองรัตนมาศ²² ที่พบว่า ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 56.21 อาจเป็นเพราะคู่สมรสทำให้เกิดความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการวางแผนร่วมกัน มีความใกล้ชิด และใช้เวลาว่างร่วมกัน ทำให้เกิดการส่งเสริมความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีความอดทน ความเสียสละ และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ร่วมกันจัดการการเงินที่ดี

ซึ่งต่างจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ที่จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีคนคอยห่วงใย ขาดคิดและให้คำปรึกษา ขาดคนดูแล โดยเฉพาะกรณีที่มีโรคประจำตัว ทำให้ต้องใช้ชีวิตด้วยความยากลำบากแม้กระทั่งในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจ²¹ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ และ นติมา ตีเยาว์²³ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร อธิบายได้ว่า จากลักษณะของการประกอบอาชีพจะมีผลต่อลักษณะการใช้ชีวิต ลักษณะการใช้ร่างกายในการทำงานที่แตกต่างกัน เช่น อาชีพค้าขาย และเกษตรกรที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องเคลื่อนไหวออกแรงมากกว่าการนั่งทำงานนานๆ และมีลักษณะงานเป็นนายตัวเองทำให้มีเวลาในการปรุงประกอบอาหารเองแทนการใช้ชีวิตที่เร่งรีบที่ต้องซื้ออาหารปรุงสำเร็จรับประทาน เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยนี้ที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 50.89) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 38.46) สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ลิทธิกัน¹¹ ผู้ที่มีอาชีพค้าขาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีกว่าผู้ไม่มีอาชีพ และ เอกชัย ชัยยาหา²⁴ ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทายา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 62.72 กลุ่มตัวอย่าง

ที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีอยู่ในระดับดีถึงดีมาก คิดเป็นร้อยละ 44.38 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีอยู่ในระดับดีถึงดีมากเพียงร้อยละ 21.30 อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะต้องพบแพทย์ตามนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ²¹ ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ 60 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความสามารถของตนเองจะเพิ่มขึ้นจนสูงสุดถึงวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยความสามารถในการรู้คิดลดลง ส่งผลต่อการเรียนรู้ การจดจำ และความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมลดลงตามไปด้วย และกลุ่มผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคได้มากกว่าวัยอื่น²⁵ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ¹⁰ ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนสถานะทางสังคม อายุ เพศ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร อธิบายได้ว่า ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีสถานะทางสังคมโดยการเป็นกรรมการชุมชนหรือแกนนำกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพียงร้อยละ 2.37 ซึ่งขวัญเมือง แก้วคำเกิง⁶ กล่าวว่า ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรม 1 - 4 ครั้งต่อเดือน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ประชาชนสามารถแสวงหาความรู้มาเพิ่มพูนทักษะ ความสามารถ

ของตนเองให้สูงขึ้น และใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ส่วนอายุโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร อธิบายได้ว่า ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจได้ มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 61.54 เมื่ออายุมากขึ้นทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง มีความจำเสื่อม หรือมีความบกพร่องในการสื่อสาร การไร้ความสามารถส่งผลต่อการเรียนรู้และการจดจำ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองไม่เท่ากับกลุ่มอายุน้อยกว่า²⁶ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 68.05 แต่เพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ร้อยละ 47.93 ในขณะที่เพศหญิงการปฏิบัติพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีอยู่ในระดับดีถึงดีมากเพียงร้อยละ 17.76 ซึ่ง Brice และคณะ²⁷ กล่าวว่า เพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากบรรทัดฐานทางระบบสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลให้เพศชายมีโอกาสด้านการศึกษาสูงกว่าเพศหญิง ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร อธิบายได้ว่า การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ความเป็นอยู่ทั่วไปของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ²⁸ แต่ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.52 จึงอาจทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนเลือกสรร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ไม่ดี ดังนั้นควรให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการออกกำลังกาย การทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกาย เช่น การใช้บันไดแทนลิฟต์ การทำงานบ้าน เป็นต้น และมีการกระตุ้นแรงจูงใจให้ประชาชนในชุมชนมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับที่ไม่ดี ดังนั้นควรส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พูดคุยเพื่อก่อให้เกิดความสบายใจ หรือปรึกษาหารือแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่นๆ เช่น การทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคมตามที่ตนเองถนัดและสนใจ หรือการร่วมกิจกรรมตามประเพณีศาสนา ชมรม หรือชุมชน เป็นต้น

3. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของประชาชนใน

ชุมชน ดังนั้นควรมีการจัดโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมและพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ นำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และมีการประเมินผลก่อนและหลังจัดโครงการหรือกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยและพัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมเพื่อเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีแก่ประชาชนในชุมชน โดยคำนึงถึงอายุ และโรคประจำตัวของกลุ่มเป้าหมาย

2. จากผลการศึกษา พบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อยอดเพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2020. [Internet]. [cited 2020 January 12]. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>
2. World Health Organization. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. Health Education Division, Department of Health Service Support. Including learning management techniques to enhance health literacy for working age groups. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai).

4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008;67(12):2072-8.
5. Health Education Division, Department of Health Service Support. Guidelines for developing health leaders of village health volunteers who are knowledgeable about health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai).
6. Kaeodumkoeng K. Health literacy: access, understand and application. Bangkok: Amarin; 2018. (in Thai).
7. Inthakamhaeng A. Health literacy: measurement and development. Bangkok: Sukumvit Printing; 2017. (in Thai).
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.
9. Health Education Division, Department of Health Service Support. Strategies for promoting health literacy and health behaviors. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai).
10. Saichamchan S, Undara W, Boonbunjob U, Thinsorn R. Health literacy and health behavior 3E2S of people in Baan Aurarthorn, Community Bangkokhen (Klong thanon). *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(3):376-86. (in Thai).
11. Sithikan W. Factors associated with health promotion behaviors of the elderly in Ban Hong Subdistrict Municipality, Ban Hong district, Lumphun province. [Master Thesis, Faculty of Public Health]. Chiang Mai Rajabhat University; 2017. (in Thai).
12. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: a survey of elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(8):9714-25.
13. Royal Thai Navy College of Nursing. Community health nursing practice report, academic year 2020. Bangkok: Royal Thai Navy College of Nursing; 2021. (in Thai).
14. Ruanphet K, Ngomsangad Y, Suttipun N, Rungthanakiat P, Bonkhunthod P, Phanram M. Health literacy and health behaviors of persons in Mueang district, Buriram province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2023;17(2):479-92. (in Thai).
15. Pender NJ. *Health Promotion in nursing practice*. 3rd ed. Toronto: Prentice Hall; 1996.
16. Paibulsiri P. Health literacy and health behaviors 3E2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayuthaya province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand* 2018;8(1):97-107. (in Thai).
17. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: JB Lippincott; 1995.
18. Sutipan P. Research and development of a self-management program on healthy lifestyle behaviors and health outcomes for the elderly with hypertension. [Doctoral Dissertation, Faculty of Public Health] Thammasat University; 2017. (in Thai).



19. Burn N, Grove SK. The practice of nursing: conduct, critique, and utilization. St Louis: Elsevier Saunders; 2005.
20. Ariyasit J. The correlation between health literacy and health behavior in hypertension patient. *Region 3 Medical and Public Health Journal* 2023;20(3):117-23. (in Thai).
21. Khamwong W, Hnoosawatt J, Yamboonruang T, Teunjarern Y. Correlation between personal factors, self care behavior regarding mental health, and mental health status among the elders in Mueang Nonthaburi district, Nonthaburi province. *Journal of Health Science Research* 2020;14(3):131-44. (in Thai).
22. Wongjan J, Vudhironarit S, Leungratanamart L. Factors relating to quality of life among older adult in the Region Sixth Health. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin* 2022;12(1):32-49. (in Thai).
23. Palungrit S, Tiyoa N. Health status, health needs, and quality of life of the elderly in Rungsit City Municipality, Prachatipat subdistrict, Thunyaburi district, Pathumthani province. *Chonburi Hospital Journal* 2021;46(2):99-110. (in Thai).
24. Chaityata E. The association between health literacy, medication intake and doctor's appointment behaviors among patients with chronic diseases in Lamphun province. [Master Thesis, Faculty of Public Health]. Thammasat University; 2017. (in Thai).
25. Pengchan W. Health literacy. In the documents from the capacity development workshop of personnel in Department of Health, regarding health literacy towards Thailand, Department of Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
26. Osborne H. In other words Why health literacy matter? [Internet]. [cited 2020 February 15]. Available from: [http://www. Health literacy.com/article.asp?PageID=3791](http://www.Health literacy.com/article.asp?PageID=3791).
27. Brice JH, Travers D, Cowden CS, Young MD, Sanhueza A., Dunston Y. Health literacy among Spanish-speaking patients in the emergency department. *J Natl Med Assoc* 2008;100(11):1326-32.
28. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res* 2010;25(3):464-77.