

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ณัฐกร ไชยสงคราม^{*a}

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตและปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 20-79 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง จำนวน 473 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บผลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมร้อยละ 79.20 อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมร้อยละ 68.69 อยู่ในระดับดีมาก เมื่อจำแนกแต่ละเสาหลักพบว่าการหลักเลี้ยงสารเสพติดและการนอนหลับมีคะแนนสูงในระดับดีเยี่ยม ในขณะที่ด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายมีคะแนนต่ำสุด ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำแนกเป็นปัจจัยทางบวก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.340$) ปัจจัยเสริม ($r = 0.288$) และปัจจัยเอื้อ ($r = 0.186$) และปัจจัยทางลบ คือ เพศชาย ($r = -0.095$) โดยปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 13.79 (Adjust $R^2 = 0.1379$) จากผลการศึกษาแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก แต่ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายให้ดีขึ้น และมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; พฤติกรรมสุขภาพ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

^{*} นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

^a Corresponding author: ณัฐกร ไชยสงคราม Email: nuttakoonnu1@gmail.com

รับบทความ: 24 ส.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 15 ก.ย. 69; ตอปรับตีพิมพ์: 16 ก.ย. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 3 ต.ค. 69

Health Literacy and Health Behaviors Based on Lifestyle Medicine Pillars among Patients with Non-communicable Diseases in Mae Tha District, Lampang Province

Nuttakoon Chaisongkram^{*a}

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to assess the level of health literacy, health behaviors based on the six pillars of lifestyle medicine and identify predictors of health behaviors among patients with non-communicable disease (NCDs). The samples consisted of 473 patients with diabetes mellitus and/or hypertension, aged 20-79 years, who received care at Mae Tha Hospital, Lampang Province. Participants were selected using multi-stage random sampling. Data were collected using an interview questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multivariable regression analysis. The results showed that the participants had an overall health literacy score of 79.20%, which was classified as a moderate level. The overall health behavior score based on the six pillars of lifestyle medicine was 68.69%, which was classified as a very good level. When each pillar was considered separately, avoidance of risky substances and restorative sleep had the highest score, both at an excellent level, whereas nutrition and physical activity had the lowest scores, respectively, and were classified as average. Factors significantly associated with health behavior scores ($p < 0.05$) included positive factors, namely health literacy ($r = 0.340$), reinforcing factors ($r = 0.288$) and enabling factors ($r = 0.186$), while male sex was negatively associated with health behavior scores ($r = -0.095$). These four factors jointly explained 13.79% of the variance in health behaviors (adjusted $R^2 = 0.1379$). The findings indicate that although the participants demonstrated a very good overall level of health behaviors, further improvement is needed particularly in nutrition and physical activity interventions aimed at improving these behaviors should focus on strengthening health literacy in conjunction with creating health-supportive environments and enhancing support from families and communities.

Keywords: Health literacy; Lifestyle medicine; Health behaviors; Non-communicable diseases

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Mae Tha Hospital, Lampang Province

^a Corresponding author: Nuttakoon Chaisongkram Email: nuttakoonnu1@gmail.com

Received: Aug. 24, 26; Revised: Sep. 15, 26; Accepted: Sep. 16, 26; Published Online: Oct. 3, 26

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease: NCDs) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2567 องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีประชากรอายุระหว่าง 30-79 ปีทั่วโลก ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.4 พันล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 33 ของประชากรกลุ่มดังกล่าว และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยอาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง⁽¹⁾ และโรคเบาหวานพบจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 800 ล้านคน⁽²⁾ สถานการณ์ในประเทศไทยจากการเปรียบเทียบข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) และครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568) พบว่าความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้น สถานการณ์โรคเบาหวานพบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.50 เป็นร้อยละ 10.60 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.20 เป็นร้อยละ 45.00 และภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.40 เป็นร้อยละ 44.70^(3,4) สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในปีงบประมาณ 2568 มีประชากรในเขตรับผิดชอบ 42,273 คน เป็นโรคเบาหวาน 4,721 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 11.17 ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดี (ระดับ HbA1C น้อยกว่า 7%) ร้อยละ 33.87 (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40) และเป็นโรคความดันโลหิตสูง 10,606 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 25.09 สามารถควบคุมโรคได้ดีร้อยละ 64.11 (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60)⁽⁵⁾

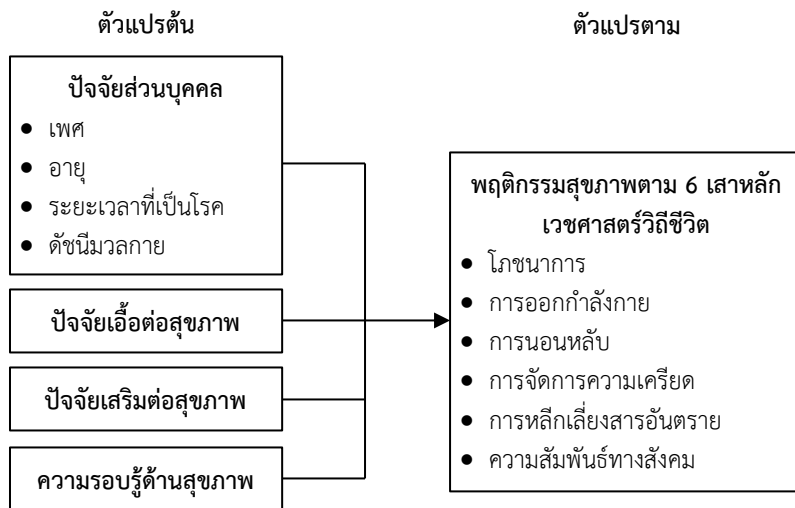
ในอติมาตรการป้องกัน NCDs ทั้งโลกและประเทศไทยดำเนินการส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การควบคุมปัจจัยทางชีวภาพ แต่แนวทางดังกล่าวยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน ปัจจุบันมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของประชากรเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดและการควบคุม NCDs โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการป้องกันและรักษาโรคผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁶⁾ โดยมี 6 เสาหลักสำคัญในเวชศาสตร์วิถีชีวิตประกอบด้วยโภชนาการที่ดี การออกกำลังกาย การนอนหลับที่มีคุณภาพ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติดและสารอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี หลักการดังกล่าวได้รับการยอมรับระดับนานาชาติว่าสามารถป้องกันและเป็นนโยบายหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติการนำหลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ยังมีอุปสรรคที่สำคัญคือความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งไม่ได้หมายถึงเพียงความสนใจ แต่รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง⁽⁷⁾

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ตีความ ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง⁽⁸⁾ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าคนที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้นั้น ไม่ได้เกิดจากการไม่ทราบข้อมูล แต่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนข้อมูลเป็นการกระทำได้ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัญหาที่พบในบริบทโรงพยาบาลชุมชนปัจจุบันการประเมินพฤติกรรมสุขภาพยังเน้นตามหลักการ 3อ. 2ส. เป็นหลักขาดการประเมินพฤติกรรมตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะเสาหลักที่มักจะถูกละเลย เช่น คุณภาพการนอนหลับ และความสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าการนอนหลับ

ที่ไม่ดีส่งผลโดยตรงต่อภาวะดื้ออินซูลิน⁽⁹⁾ และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตที่รุนแรงเทียบเท่าการสูบบุหรี่⁽¹⁰⁾ ในอดีตแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลัก แต่ยังเป็นการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่⁽¹¹⁾ การศึกษาวิจัยนี้จะช่วยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในการวิจัยสู่บริบทของพื้นที่ เน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การออกแบบโปรแกรม และแนวทางในการให้คำแนะนำ สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างตรงประเด็นและจำเพาะต่อปัญหาของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิด 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นผลลัพธ์หลัก ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การใช้สารเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2569-31 กรกฎาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 14,879 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 20-79 ปี และได้เข้ารับการักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง โดยได้รับการรักษาต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี นับแต่วันที่วินิจฉัยโรค

ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อจำกัดประชากร และจากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี⁽¹²⁾ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เท่ากับ 25.13 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.09 คะแนน กำหนดค่าสถิติมาตรฐานใต้เส้นโค้งสำหรับการทดสอบแบบสองทาง (α)=0.05 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ย (d) ที่ร้อยละ 2.50 ซึ่งค่านี้จะเท่ากับ 0.628 เมื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะได้เท่ากับ 487 ตัวอย่าง และเมื่อปรับด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่ทะ จำนวน 14,879 คน⁽⁵⁾ จะได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 472 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 20-79 ปี และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีการขาดนัดหรือไม่ได้มารับการรักษานานเกิน 2) มีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นที่ต้องเข้ารับการรักษารวดเร็ว 3) มีโรคร่วม เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม หรือมีโรคประจำตัวระยะสุดท้าย 4) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการได้ยินหรือการมองเห็นที่ไม่สามารถสื่อสารได้ และ 5) ผู้ป่วยที่อยู่ระยะพึ่งพิง (ADL 0-11 คะแนน)

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ 1) การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิประชากรตามรายตำบลในเขตอำเภอแม่ทะ จำนวน 10 ตำบล จัดทำบัญชีรายชื่อแยกเป็นรายตำบล และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Probability proportional to size) 2) การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปจนได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบลครบตามจำนวนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อความถามจำนวน 9 ข้อ ถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก โรคที่ผู้ป่วยเป็น ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคประจำตัวโรคแรก น้ำหนัก และส่วนสูง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก⁽¹³⁾ ประกอบด้วยข้อความถามแบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ ถามเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ การเข้าถึงอาหารสุขภาพ การเดินทางไปโรงพยาบาล พื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมการนอนหลับ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ การแปลผลจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน คือ 5-8 คะแนน หมายถึง

ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพต่ำ 9-11 คะแนน หมายถึง ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพปานกลาง และ 12-15 คะแนน หมายถึง ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพสูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก⁽¹³⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ข้อ ถามเกี่ยวกับการมีคนช่วยเตรียมอาหาร การจัดการความเครียด การติดตามอาการโดยบุคลากรสาธารณสุข การได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คือ คะแนนรวม 5-10 คะแนน หมายถึง ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพต่ำ 11-15 คะแนน หมายถึง ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพปานกลาง และคะแนนรวม 16-20 คะแนน หมายถึงปัจจัยเสริมต่อสุขภาพสูง

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของคนไทย⁽¹⁴⁾ และคู่มือกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ⁽¹⁵⁾ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง ความเข้าใจ การได้ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ แต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ รวมคำถาม 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก ให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนเต็มในแต่ละด้านและคะแนนรวม คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ คะแนนร้อยละ 60-80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง และคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle assessment) ซึ่งเป็นแบบประเมินในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต พ.ศ. 2565⁽¹⁶⁾ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 16 ข้อ คิดเป็นคะแนนรวม 50 คะแนน จากแต่ละด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร 10 คะแนน การออกกำลังกาย 10 คะแนน การนอนหลับ 10 คะแนน ด้านบุหรี่และแอลกอฮอล์ 10 คะแนน การจัดการความเครียด 5 คะแนน และด้านความสัมพันธ์ 5 คะแนน การแปลผลคิดจากคะแนนรวมจำแนกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 0-20 หมายถึง “ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย” 21-30 หมายถึง “เท่ากับค่าเฉลี่ย” 31-40 หมายถึง “ดีมาก” และ 41-50 หมายถึง “ดีเยี่ยม”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของข้อคำถาม และการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายใน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามในส่วนปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพเท่ากับ 0.708 ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพเท่ากับ 0.749 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.937 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเท่ากับ 0.978

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปายละเอียด ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาเพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดย

2.1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และสถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปรที่มีลักษณะเป็นกลุ่ม

2.2) วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) สำหรับระบุปัจจัยที่สามารถรวมทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก เอกสารรับรองเลขที่ E2569-037 วันที่รับรอง 25 พฤษภาคม 2569 ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและกระบวนการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ การตัดสินใจไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์จะบันทึกเข้าในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ และเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยมีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดจะถูกทำลายและลบออกจากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์หลังจากการเผยแพร่ข้อมูลแล้ว และการเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับปัจจัยเอื้อ และระดับปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 473 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.83 อายุเฉลี่ย 65.45 ± 7.91 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 38.90 มีอายุในช่วง 61-70 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 80.78 สถานภาพสมรสคู่เท่ากับร้อยละ 63.64 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงอย่างเดียวร้อยละ 71.46 ระยะเวลาเฉลี่ยของการป่วยเป็นโรคประจำตัวโรคแรกถึงปัจจุบัน 8.75 ± 5.46 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ $23.61 \pm 3.81 \text{ kg/m}^2$ คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 12.51 ± 1.67 คะแนน อยู่ในระดับสูง และคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 15.00 ± 2.10 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง (n=473)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	190	40.17
หญิง	283	59.83
อายุ (ปี)		
<50	14	2.96
51-60	99	20.93
61-70	184	38.90
71-80	176	37.21
Mean=65.45, SD=7.91, Min=34, Max=79		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	19	4.02
ประถมศึกษา	382	80.76
มัธยมศึกษา	60	12.69
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	12	2.53
สถานภาพสมรส		
โสด	40	8.45
คู่	301	63.64
หม้าย/หย่า/แยก	132	27.91
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	338	71.46
เบาหวาน	49	10.36
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	86	18.18
ระยะเวลาที่เริ่มเป็นโรคประจำตัวโรคแรกถึงปัจจุบัน (ปี)		
1-5	177	37.42
6-10	176	37.21
11-15	68	14.38
16-20	40	8.45
มากกว่า 20	12	2.54
Mean=8.75, SD=5.46, Min=1, Max=25		
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)		
<18.5	18	3.81
18.5-22.9	215	45.45
23.0-24.9	98	20.72
25.0-29.9	107	22.62
30.0 ขึ้นไป	35	7.40
Mean=23.61, SD=3.81, Min=16.85, Max=35.24		

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่าง (n=473)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ		
ต่ำ	12	2.54
ปานกลาง	107	22.62
สูง	354	74.84
Mean=12.51, SD=1.67, Min=6, Max=15		
ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ		
ต่ำ	11	2.32
ปานกลาง	330	69.77
สูง	132	27.91
Mean=15.00, SD=2.10, Min=6, Max=20		

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 99.70 ± 9.62 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความเข้าใจ รองลงมาเป็นด้านการนำไปใช้ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=473)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean $\pm$ SD	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับความรอบรู้
1. ด้านการเข้าถึง	19.87 $\pm$ 2.60	79.48	ปานกลาง
2. ด้านความเข้าใจ	20.50 $\pm$ 2.10	82.00	สูง
3. ด้านการได้ถาม	19.54 $\pm$ 2.53	78.16	ปานกลาง
4. ด้านการตัดสินใจ	19.83 $\pm$ 2.13	79.32	ปานกลาง
5. ด้านการนำไปใช้	19.96 $\pm$ 2.20	79.84	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	99.70 $\pm$ 9.62	79.76	ปานกลาง

3. พฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

พฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งคำนวณเป็นคะแนนพฤติกรรมรวมทั้ง 6 เสาหลัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเท่ากับ 34.34 ± 4.72 คะแนน อยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายเสาหลักพบว่า การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 95.64 ของคะแนนเต็ม และเสาหลักการออกกำลังกายมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยต่ำสุดคิดเป็นร้อยละ 40.63 ของคะแนนเต็ม

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (n=473)

พฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลัก	Mean $\pm$ SD	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านโภชนาการ [†]	5.06 $\pm$ 1.73	50.66	เท่ากับค่าเฉลี่ย
2. ด้านการออกกำลังกาย [†]	4.06 $\pm$ 1.74	40.63	เท่ากับค่าเฉลี่ย
3. ด้านการนอนหลับ [†]	8.01 $\pm$ 2.09	80.12	ดีเยี่ยม
4. ด้านการใช้สิ่งเสพติด [†]	9.56 $\pm$ 1.56	95.64	ดีเยี่ยม
5. ด้านการจัดการความเครียด [‡]	3.56 $\pm$ 1.42	71.29	ดีมาก
6. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม [‡]	4.07 $\pm$ 1.52	81.48	ดีเยี่ยม
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ	34.34 $\pm$ 4.72	68.69	ดีมาก

[†]คะแนนเต็มรายด้านเท่ากับ 10 คะแนน; [‡]คะแนนเต็มรายด้านเท่ากับ 5 คะแนน

4. ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์ทางลบ และพบว่าปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงในตารางที่ 4 เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression) พบว่า มีตัวแปรจำนวน 4 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศชาย ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 13.79 (Adjust $R^2 = 0.1379$) แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ (ภาพรวม)	
	r	p-value
1. เพศ	-0.095	0.038
2. อายุ	0.043	0.353
3. ระยะเวลาที่เป็นโรค	0.045	0.331
4. ดัชนีมวลกาย	-0.034	0.461
5. ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ	0.186	<0.001
6. ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ	0.288	<0.001
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.340	<0.001

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	14.792	2.387	—	6.20	<0.001
เพศชาย	-0.842	0.417	-0.090	-2.02	0.044
ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ	0.366	0.124	0.130	2.94	0.003
ปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ	0.273	0.123	0.122	2.21	0.028
ความรู้รอบด้านสุขภาพ	0.112	0.027	0.229	4.10	<0.001

$R^2=0.1452$, Adjust $R^2=0.1379$, $F=19.87$, $p\text{-value}<0.001$

การอภิปรายผล

จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีความรู้โดยรวมเท่ากับร้อยละ 79.20 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรรณิการ์ การีสรพร และคณะ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตามพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยการศึกษาของ มยุรี คนยัง พบความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบไม่พึ่งอินซูลินอยู่ในระดับดีมาก⁽¹²⁾ ในขณะที่ผลการศึกษาของสุภาพร มงคลหมู่ พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ความแตกต่างของระดับความรู้ด้านสุขภาพนี้อธิบายได้จากความแตกต่างในบริบทของพื้นที่ รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ หรือลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน⁽¹⁸⁾

เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่าด้านความเข้าใจมีคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 82.00) สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการให้ศึกษาเบื้องต้นในสถานบริการสุขภาพสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาพร มงคลหมู่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี การที่ผู้ป่วยมารับบริการอย่างสม่ำเสมอและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลและแผนการรักษาได้อย่างดี⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตามพบว่าความรู้ด้านการไต่ถามมีคะแนนต่ำสุดสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติชัย เกิดพันธ์ และคณะ ที่พบว่าทักษะด้านการไต่ถามมีคะแนนต่ำกว่าทักษะอื่นซึ่งแสดงให้เห็นข้อจำกัดในการสื่อสารแบบสองทางระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อาจเป็นผลจากระยะเวลาการตรวจรักษาที่จำกัด หรือความคุ้นชินในวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยมักเป็นเพียงผู้รับฟังมากกว่าผู้ซักถาม⁽¹⁹⁾

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตพบว่าในภาพรวมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กรรณิก นาคเรื่อ ที่พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยรวมในระดับดีมาก (ร้อยละ 52.50) มีจุดแข็งในด้านสัมพันธภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การจัดการความเครียด และการนอนหลับเช่นเดียวกัน⁽²⁰⁾ ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้จากบริบทของสังคมไทยในระดับชุมชนที่มีความผูกพันในระบบเครือญาติและมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งก่อให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม

อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ยืนยันว่ากลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา⁽¹²⁾

อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมเชิงรุกที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างมีวินัย ได้แก่ ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายมีคะแนนอยู่ในระดับเท่ากับค่าเฉลี่ย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรกนก นาเครือ ที่พบว่าพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับเท่ากับค่าเฉลี่ยเช่นเดียวกัน⁽²⁰⁾ ประเด็นนี้สะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้และการนำไปปฏิบัติ แม้ผู้ป่วยจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม แต่การปรับเปลี่ยนด้านโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายนั้นต้องอาศัยแรงจูงใจจากภายใน (Intrinsic motivation) และทักษะการจัดการตนเองขั้นสูง ดังที่ กฤษณี ศรีเมือง ได้รายงานไว้ในการศึกษาของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งแม้จะเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างครบถ้วน⁽²¹⁾ นอกจากนี้ในการศึกษาของศิริพร ศรีชะตา และคณะ ยังสนับสนุนว่าการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคและการออกกำลังกายให้ประสบความสำเร็จจนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยโปรแกรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มีความเข้มข้น มีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง⁽²²⁾

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามเสาหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบททางสังคมและวิถีชีวิตที่เพศชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของที่พบว่าเพศหญิงมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าและมีการปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ครอบคลุมกว่าเพศชาย⁽²⁰⁾ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกพบว่าปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพและปัจจัยเสริมต่อสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงทรัพยากรในชุมชน หรือการได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัว ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีไว้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนพดล ทองอร่ามและคณะ ที่ยืนยันว่าการเข้าถึงบริการของชุมชนและการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽²³⁾

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการเข้าถึง ความเข้าใจ การไต่ถาม และการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(17,21) อย่างไรก็ตามแม้ปัจจัยด้านเพศ ปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริม และความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แต่แบบจำลองสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 13.79 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีพลวัตสูง โดยถูกกำหนดโดยปัจจัยเชิงลึกอื่น ๆ เช่น แรงจูงใจภายใน

การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรมจึงต้องอาศัยการจัดโปรแกรมที่จำเพาะเจาะจง⁽²²⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในคลินิกโรคเรื้อรังควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการโดยเน้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อเพิ่มทักษะในการโต้ตอบซักถาม โดยอาจพิจารณาเลือกสื่อภาพหรือคลิปวิดีโอให้ผู้ที่ศึกษาที่เข้าใจง่าย มาประกอบในระหว่างรอรับบริการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าตั้งคำถาม และแลกเปลี่ยนข้อสงสัย
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคเรื้อรังควรมีการออกแบบแผนการดูแลแบบเฉพาะบุคคล (Individualized care plan) โดยเน้นด้านโภชนาการและการออกกำลังกายมากขึ้น ทั้งนี้แผนการดูแลควรมีความสอดคล้องกับข้อจำกัดทางสรีรวิทยาและบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการร่วมการรักษากับแพทย์
3. ในการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังควรมีการบูรณาการเครือข่ายร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสร้างปัจจัยหนุนเสริมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้างเครือข่ายร่วมกับร้านอาหารในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดการสภาพแวดล้อมที่ปัจจัยเอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดการพื้นที่สาธารณะในการออกกำลังกาย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่บูรณาการหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยใช้หมู่บ้านหรือชุมชนเป็นฐานในการรณรงค์ หรือมีการออกแบบนวัตกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อติดตามและกระตุ้นการดูแลโภชนาการ และกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Aug 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. เริงฤดี ปธานวนิช, วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ.2567-2568. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
4. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ลำปาง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มกราคม 11]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/lpg/public/standard-report-detail/2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9>
6. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข การส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค ใน คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2568.
7. ฤทธิยา ศิริชัยสิทธิ์, ธนินา อนุญาหงษ์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;4(1):1-12.
8. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
9. Singh T, Ahmed TH, Mohamed N, Elhaj MS, Mohammed Z, Paulsingh CN, et al. Does Insufficient Sleep Increase the Risk of Developing Insulin Resistance: A Systematic Review. Cureus. 2022 Mar 26;14(3):e23501. doi: 10.7759/cureus.23501.
10. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010 Jul 27;7(7):e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
11. Evang L, Lewis JE, Nicanord EJ. Effects of the Six Pillars of Lifestyle Medicine on the Performance of High School Athletes: A Systematic Review. Am J Lifestyle Med. 2025 Oct 14:15598276251388632. doi: 10.1177/15598276251388632.
12. มยุรี คนยัง. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567; 9(1): 335-45.
13. World Health Organization. Social determinants of health [Internet] Geneva2025 [cited 2026 MAR 26]. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
14. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
15. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นรินทร์า ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, ฤทธิยา คนหาญ, เนตรชนก ไชยพาน, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท อาร์ เอ็น พี ที วอเตอร์ จำกัด; 2564.
16. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์วิถีชีวิต) หลักสูตรประจำปี พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.

17. กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์. 2562; 25(1): 280-95.
18. สุภาพร มงคลหมู่, ชัญญิศาอุษฎฐิ ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2565;17(2):168-75.
19. กิตติชัย เกิดพันธ์, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, จิราภรณ์ กรรมบุตร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2568;32(2):161-77.
20. กรรณก นาเครือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;47(1):82-97.
21. กฤษณี ศรีเมือง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2569 มีนาคม 26]; เข้าถึงได้จาก: <https://hdl.handle.net/20.500.14770/7846>
22. ศิริพร ศรีชะตา, อนุชา ไทยวงษ์, กำพร คานา, ดิษฐพล ใจเชื้อ, วชิรินทร์ สมบัติศิริ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกในบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2569;32(1):1-18.
23. นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น. 2565;3(2):100-11.