

## ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย Relationships between Health Literacy, Dietary Behaviors, Physical Activity, and Quality of Life among Thai Elderly

### นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Aug. 28, 2025

Revised : Mar. 17, 2026

Accepted : Mar. 30, 2026

Published : Apr. 1, 2026

มณฑล หวานวาจา, ประวีณบุษ กาญจนจรัสศักดิ์, กมลวรรณ สุขประเสริฐ  
กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
Montol Wanwaja, Praweenuch Kanjanakajornsak, Kamonwan Sukprasert  
Health Literacy and Communication Promotion Division,  
Department of Health, Ministry of Public Health

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยใน 5 ภูมิภาค ภูมิภาค การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 335 ราย จาก 5 ภูมิภาค โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลัก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ( $r = 0.85, p < 0.01$ ) ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่สมดุล และพบว่าในบางภูมิภาค เช่น ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับกิจกรรมทางกาย อย่างไรก็ตาม ในภูมิภาคอื่นพบว่ากิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังคงถูกล่อหลอมด้วยบริบททางสังคมและวิถีชีวิต อาทิ การประกอบอาชีพเกษตรกรรม การใช้แรงงาน และการสนับสนุนจากท้องถิ่น ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนจึงจำเป็นต้องบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการปรับใช้ปัจจัยเชิงพื้นที่และวิถีชีวิตจริงของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, ความรู้ด้านสุขภาพ, กิจกรรมทางกาย, พฤติกรรมสุขภาพ

**Corresponding Author :** มณฑล หวานวาจา E-mail: hldoh2560@gmail.com

## Abstract

This study aimed to examine the relationships influencing health literacy, dietary behaviors, physical activity, and quality of life among older adults in Thailand. It also analyzed the relationship between physical activity behaviors and quality of life among older adults across the five regions of Thailand. This research employed a quantitative approach, collecting data from 335 older adults across five regions using a questionnaire as the primary instrument. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation.

The findings revealed that most older adults had a high level of quality of life, which showed a moderate positive correlation with physical activity behaviors ( $r = 0.85$ ,  $p < 0.01$ ). Good health literacy was associated with balanced dietary behaviors. In certain regions, such as the northern and eastern regions, higher health literacy directly contributed to increased levels of physical activity. However, in other regions, physical activity among older adults was not solely determined by knowledge factors but was also shaped by social contexts and lifestyles, such as engagement in agricultural work, manual labor, and local community support. Therefore, promoting sustainable health behaviors requires integrating health literacy with contextual and lifestyle factors specific to each locality.

**Keywords:** Older Adults, Health Literacy, Physical Activity, Health Behavior

**Corresponding Author :** Montol Wanwaja E-mail: [hldoh2560@gmail.com](mailto:hldoh2560@gmail.com)

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ส่งผลให้ประเด็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลายเป็นปัญหาสำคัญในเชิงนโยบายและการพัฒนาสังคม จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อาทิ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมสะสมมาเป็นระยะเวลานานนอกจากนี้ (National Statistical Office, 2020) ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาด้านการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย เช่น ความบกพร่องทางการได้ยิน ความจำเสื่อม การทรงตัวที่ไม่ดี อุบัติเหตุจากการหกล้ม และภาวะกลืนอาหารไม่ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการพึ่งพาตนเองขณะเดียวกัน ปัจจัยทางสังคมยังมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการสังคม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุนทางสังคม และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำกัด ทั้งที่ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตและองค์ความรู้ท้องถิ่นที่มีคุณค่าซึ่งสามารถถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้และนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะและยั่งยืน (Supakan, B., et al., 2019)

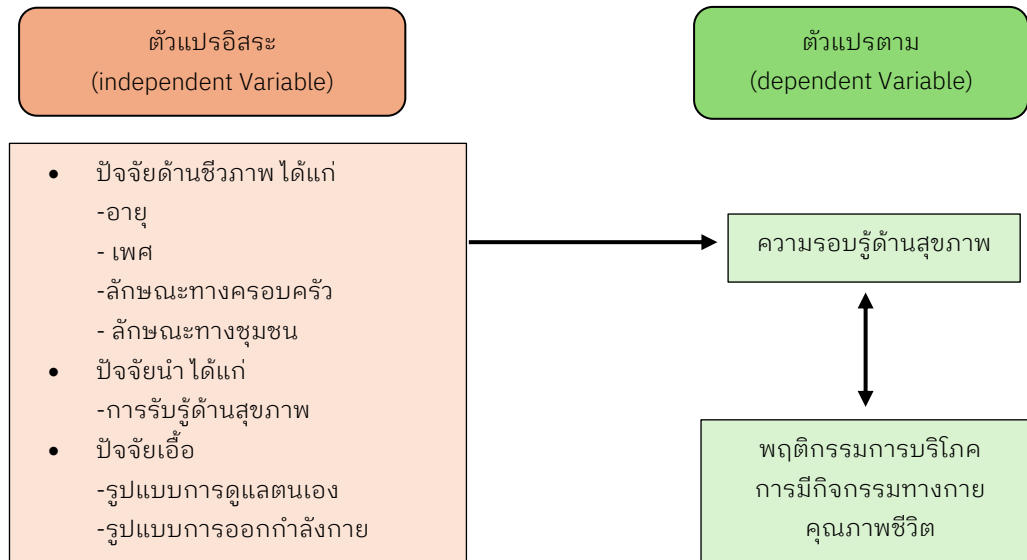
ความจำเป็นในการส่งเสริมการเรียนรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ไม่อาจละเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับวัย และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพจึงไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ในปัจจุบัน “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสืบค้น ทำความเข้าใจ ตีความ และใช้ข้อมูลเหล่านั้นอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว (McHill et al., 2017) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองในระยะยาว ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2566 คาดว่าจะมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นปีละประมาณ ล้านคน หรือคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Department of Provincial Administration, 2021) ระบุว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) รองลงมาได้แก่ วัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในอัตราดังกล่าว ย่อมนำมาซึ่งความท้าทายในการจัดการระบบสุขภาพ สวัสดิการ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยเฉพาะด้านการเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะทั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและการเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพยังคงเป็นปัญหาการรับรู้ของผู้สูงอายุ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะด้านการเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะทั้งนี้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน โดยเน้นการบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์และการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต ไม่เพียงในมิติทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงมิติทางจิตใจ สังคม และสติปัญญาอีกด้วย

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการบริโภคการมีกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย

**กรอบแนวคิด**



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จังหวัดละ 67 คน จากพื้นที่สุขภาพดีใน 5 ภูมิภาค เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมการบริโภคกิจกรรมทางกาย คุณภาพชีวิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมดจะถูวิเคราะห์และเปรียบเทียบเพื่อสะท้อนปัจจัยและบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค อันจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยได้อย่างรอบด้าน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย
2. กลุ่มตัวอย่าง: เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี จาก 5 ภูมิภาคในประเทศไทย จำนวนจำนวน 335 คน แบ่งตามภูมิภาคต่างๆ ได้ 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคอีสาน ภาคใต้ และภาคตะวันออก โดยมีการคัดเลือกเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย**

- 1) เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีในประเทศไทย
- 2) สนใจเข้าร่วมการศึกษา
- 3) สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ได้ดี
- 4) ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงสามารถช่วยเหลือตนเองได้

### เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

- 1) ไม่ยินยอมและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมตลอดการศึกษา
- 2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เจ็บป่วยรุนแรงหรือ ทุพพลภาพระหว่างการทำการการศึกษา
- 3) เสียชีวิตระหว่างทำการการศึกษา

### เกณฑ์การถอนออกจากการวิจัย (Discontinuation Criteria)

อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย มีสิทธิ์ถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผล และการถอนตัวจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือสวัสดิการใด ๆ ที่พึงได้รับ

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้ผู้สูงอายุภูมิภาคละ 67 ราย รวม 335 ราย จาก 5 ภูมิภาค ตามเกณฑ์การคัดเลือก และเก็บข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นต้น
2. แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 34 ข้อ, ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ และพัฒนาปรับรูปแบบข้อคำถาม จาก 34 ข้อ เหลือ 17 ข้อคำถาม โดยมีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม 0.892 (Kamonwan et al., 2023)

การแบ่งระดับความรู้ตามแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2566 ซึ่งผ่านการทดสอบคุณภาพแล้วจำนวน 17 ข้อ

คำถาม ครอบคลุมทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การชกถามข้อสงสัย และการตัดสินใจ โดย แบ่งคะแนนเป็น ไม่รู้และ

ไม่เกี่ยวข้อง = 0 คะแนน, ยากมาก = 1 คะแนน, ยาก = 2 คะแนน , ง่าย = 3 คะแนน, ง่ายมาก = 4 คะแนน, รวมทั้งแบบสอบถาม 68 คะแนน

กลุ่มต่ำ ตามเกณฑ์ EU  $\leq 50\%$  หรือตามแบบสอบถามครั้งนี้  $\leq 34$  คะแนน

กลุ่มไม่เพียงพอ ตามเกณฑ์ EU 51-66% หรือตามแบบสอบถามครั้งนี้ 35-44 คะแนน

กลุ่มเพียงพอ ตามเกณฑ์ EU 67-84% หรือตามแบบสอบถามครั้งนี้ 45-57 คะแนน

กลุ่มดีมาก ตามเกณฑ์ EU  $> 84\%$  หรือตามแบบสอบถามครั้งนี้ 58-68 คะแนน (World Health Organization ,2015)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food frequency questionnaire) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำรูปแบบข้อคำถามจากแนวทางการประเมินพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม ซึ่งสามารถตอบอาหารที่ท่านเคยรับประทานหรือรับประทานอยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา (Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. ,2012)

4. เป็นแบบสอบถามกิจกรรมทางกายเพื่อประเมินถึงระดับของการทำกิจกรรมทางกายมีการแปลผล ได้แก่ ความหนักระดับ ปานกลางถึงหนัก 150 นาทีต่อสัปดาห์ (Wongnoy, K., Juwa, S., & Srisookkum, T. ,2023) และเพื่อแยกระดับกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวออก แรง และประเมินการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยจะสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางกาย(Bull, F. C., Maslin, T. S., & Armstrong, T. ,2009)

5. แบบสอบถาม คุณภาพชีวิต (Quality of Life: QoL) คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้าน

สิ่งแวดล้อม โดยมีการตรวจให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) และแปลผลคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี (Department of Mental Health [DMH], 2007)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### มี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการ

- 1) การศึกษารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิต
- 2) ออกแบบแบบสอบถามเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย
- 3) เพื่อพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายมาดำเนินการและวิเคราะห์เอกสาร แนวคำถามแบบสอบถาม
- 4) ประชุมระดมสมอง ระหว่างทีมผู้วิจัย บุคลากรจากศูนย์อนามัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและวางแนวทางร่วมกัน ในการเก็บข้อมูลและบริหารจัดการแบบสอบถามให้มีประสิทธิภาพ

#### ระยะที่ 2 ระยะค้นหากลุ่มเป้าหมาย

- 1) ประสานหน่วยงานในพื้นที่เพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อคัดเลือกตามพื้นที่ที่สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม
- 2) การขออนุญาตดำเนินการจัดกิจกรรมและทำแบบสอบถามของผู้สูงอายุไทยที่ โดยทำการยินยอมในการยินยอมการวิจัย
- 3) ชี้แจงโครงการและขอความอนุเคราะห์ผู้สูงอายุลงนามยินยอมเข้าร่วมเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิต

#### ระยะที่ 3 การดำเนินการทำแบบสอบถาม

- 1) จัดหาสถานที่ที่จะใช้ดำเนินการทำแบบสอบถาม
- 2) ดำเนินการนำกลุ่มตัวอย่างมาเข้ากระบวนการกลุ่ม และดำเนินการให้ทำแบบสอบถามด้วยการจัดกลุ่ม โดยมีทีมผู้วิจัยให้ตอบข้อซักถาม ข้อสงสัย หรือในการทำแบบสอบถาม
- 3) ขณะดำเนินการจะมีการสังเกตผู้เข้าร่วมทำแบบสอบถาม

#### ระยะที่ 4 ระยะการจัดทำข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผล

- 1) ดำเนินการจัดทำรหัส ลงข้อมูลข้อมูลที่ได้จากการเก็บแบบสอบถาม
- 2) ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุไทย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงผลในรูปของจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**จริยธรรมวิจัย**

งานวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย เลขที่ 765 วันที่ 30 กันยายน 2567

**ผลการวิจัย**

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ดำเนินการกับผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 335 ราย จาก 5 พื้นที่ตัวอย่างทั่วประเทศ ผู้วิจัยลงพื้นที่ตามอำเภอต่าง ๆ และขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างเรียบร้อย ไม่มีผู้เข้าร่วมปฏิเสธ หลังเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้**

**ตารางที่ 1** แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแล และสถานการณ์เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ภาคเหนือ (n=67)	ภาคอีสาน (n=67)	ภาคกลาง (n=67)	ภาคใต้ (n=67)	ภาคตะวันออก (n=67)
<b>เพศ</b>					
ชาย	14 (20.9%)	17 (25.4%)	12 (18.0%)	10 (15.0%)	13 (19.4%)
หญิง	53 (79.1%)	50 (74.6%)	55 (82.0%)	57 (85.0%)	54 (80.6%)
อายุ	60 - 87 ปี	60 - 82 ปี	60 - 84 ปี	60 - 86 ปี	60 - 85 ปี
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	4 (6.0%)	4 (6.0%)	4 (6.0%)	2 (3.0%)	2 (3.0%)
สมรส	46 (68.6%)	45 (67.2%)	50 (75.0%)	52 (78.0%)	50 (74.6%)
หม้าย/หย่าร้าง	17 (25.4%)	18 (26.8%)	13 (19.0%)	13 (19.0%)	15 (22.4%)
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ประถมศึกษาปีที่ 4	40 (60.0%)	35 (52.2%)	35 (52.2%)	36 (54.0%)	38 (56.7%)
มัธยมศึกษา	7 (10.0%)	20 (29.9%)	12 (17.9%)	10 (15.0%)	15 (22.4%)
อื่นๆ/ไม่เคยศึกษา	20 (30.0%)	12 (17.9%)	20 (29.9%)	21 (31.0%)	14 (20.9%)
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>					
เพียงพอ	28 (42.0%)	39 (58.2%)	31 (46.3%)	32 (48.0%)	34 (50.7%)
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	29 (43.0%)	5 (7.5%)	11 (16.4%)	10 (15.0%)	6 (9.0%)
เพียงพอไม่มีหนี้สิน	10 (15.0%)	23 (34.3%)	25 (37.3%)	25 (37.0%)	27 (40.3%)
<b>ลักษณะของครอบครัว</b>					
ครอบครัวเดี่ยว	52 (78.0%)	56 (83.6%)	52 (78.0%)	48 (72.0%)	55 (82.1%)
ครอบครัวขยาย	15 (22.0%)	11 (16.4%)	15 (22.0%)	19 (28.0%)	12 (17.9%)

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การประเมินตนเองของผู้สูงอายุต่อสถานะทางการเงินในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ
2. รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
3. รายได้ไม่เพียงพอ

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 พื้นที่ในประเทศไทย

จังหวัด	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เชียงใหม่	ดีมาก	0	0.00
	เพียงพอ	0	0.00
	ไม่เพียงพอ	20	30.00
	ต่ำ	47	70.00
นครราชสีมา	ดีมาก	0	0.00
	เพียงพอ	13	19.00
	ไม่เพียงพอ	24	36.00
	ต่ำ	30	45
นนทบุรี	ดีมาก	5	7.46
	เพียงพอ	19	28.36
	ไม่เพียงพอ	27	40.30
	ต่ำ	16	23.88
นครศรีธรรมราช	ดีมาก	0	0.00
	เพียงพอ	0	0.00
	ไม่เพียงพอ	37	55.22
	ต่ำ	30	44.78
จันทบุรี	ดีมาก	16	23.88
	เพียงพอ	14	20.89
	ไม่เพียงพอ	19	28.36
	ต่ำ	18	26.87

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน 5 จังหวัดตัวแทนแต่ละภูมิภาค ได้แก่ เชียงใหม่ นครราชสีมา นนทบุรี นครศรีธรรมราช และจันทบุรี พบว่าจันทบุรีมีสัดส่วนผู้สูงอายุระดับดีมากสูงสุดร้อยละ 23.88 รองลงมาคือ นนทบุรีร้อยละ 7.46 ส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชมีสัดส่วนระดับไม่เพียงพอสูงสุดร้อยละ 55.22 รองลงมาคือ นนทบุรีร้อยละ 40.38 ระดับต่ำมากที่สุดอยู่ที่เชียงใหม่ ร้อยละ 70 รองลงมาคือ นครราชสีมา ร้อยละ 45 จังหวัดจันทบุรีมีการกระจายระดับความรอบรู้ทุกระดับอย่างสมดุล แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ขณะที่เชียงใหม่และนครศรีธรรมราชถือว่าน่าเป็นห่วง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 'ต่ำ' และ 'ไม่เพียงพอ' โดยมีเพียงจันทบุรีและนนทบุรีที่มีผู้สูงอายุระดับดีมาก

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 5 พื้นที่

รายการอาหาร	นครราชสีมา	นนทบุรี	จันทบุรี	นครศรีธรรมราช	เชียงใหม่
1. เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	—	—	ไม่เคยบริโภค	—	บริโภค 2-3 ครั้ง/วัน 43.30%
2. เนื้อสัตว์ติดมัน	—	บริโภคต่ำ และไม่สม่ำเสมอ	บริโภคสูง 48.00%	บริโภคสูง 54.00%	—
3. อาหารทะเล	บริโภคต่ำสุด	—	บริโภคสูง	บริโภคสูง	—
4. โปรตีนจากพืช	ไม่เคยบริโภค 52.24%	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย

รายการอาหาร	นครราชสีมา	นนทบุรี	จันทบุรี	นครศรีธรรมราช	เชียงใหม่
5. นม	—	ไม่เคย บริโภค 78%	ไม่เคยบริโภค 54%	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย
6. ข้าว/ธัญพืชหลัก	บริโภค สม่ำเสมอ	บริโภค สม่ำเสมอ	บริโภค สม่ำเสมอ 63-70%	บริโภคสม่ำเสมอ	บริโภคสม่ำเสมอ 63-70%
7. เส้น/ขนมปัง	บริโภคต่ำ	บริโภคต่ำ	บริโภคสูง	บริโภคต่ำ	บริโภคสูง
8. ผัก	ไม่เคยบริโภค 45%	—	ปานกลาง	—	บริโภคสูง 57%
9. ผลไม้พื้นบ้าน	กระจาย หลากหลาย	ปานกลาง	บริโภค 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ 58.20%	กระจาย หลากหลาย	ปานกลาง
10. ผลไม้นอกฤดู	บริโภคต่ำ	บริโภคต่ำ	บริโภคสูง	—	บริโภคสูง
11. ไขมันจากพืช	กระจาย หลากหลาย	กระจาย หลากหลาย	บริโภค สูง	บริโภคสูง	กระจาย หลากหลาย
12. ไขมันจากสัตว์	ไม่บริโภค >75%	ไม่บริโภค >75%	ไม่บริโภค >75%	ไม่บริโภค >75%	ไม่บริโภค >75%
13. ขนมไทย/ของ ว่าง	กระจาย หลากหลาย	กระจาย หลากหลาย	บริโภคสูง	—	บริโภคสูง
14. ชา/กาแฟ	—	—	บริโภคสูง	—	บริโภคสูง
15. แอลกอฮอล์	มีบางกลุ่ม บริโภค	มีบางกลุ่ม บริโภค	มีบางกลุ่ม บริโภค	งดบริโภค 100%	มีบางกลุ่มบริโภค
16. น้ำอัดลม/ ขนมไม่ขมุก	—	—	แนวโน้ม บริโภคสูง	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย
17. น้ำเปล่า	บริโภคประจำ >75%	บริโภค ประจำ >75%	—	—	บริโภคประจำ >75%

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุใน 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา นนทบุรี จันทบุรี นครศรีธรรมราช และเชียงใหม่ โดยพิจารณาการบริโภคอาหารหลัก ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ผัก ผลไม้ ไขมัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

### 1. กลุ่มอาหารหมวดโปรตีน

1.1 เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน จังหวัดเชียงใหม่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่บริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันในระดับสูง โดยร้อยละ 43.30 บริโภค 2-3 ครั้งต่อวัน ในขณะที่จังหวัดจันทบุรีมีสัดส่วนผู้ที่ไม่เคยบริโภคอยู่สูงสุด (ร้อยละ 52.24)

1.2 เนื้อสัตว์ติดมัน จังหวัดนครศรีธรรมราชและจันทบุรีเป็นสองจังหวัดที่มีการบริโภคเนื้อสัตว์ติดมันในระดับสูง โดยร้อยละ 54.00 และ 48.00 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดนนทบุรีมีแนวโน้มการบริโภคต่ำและไม่สม่ำเสมอ

1.3 อาหารทะเล จังหวัดนครศรีธรรมราชและจันทบุรีมีแนวโน้มบริโภคอาหารทะเลสูง ขณะที่จังหวัดนครราชสีมาใช้อัตราการบริโภคต่ำสุดในกลุ่มตัวอย่าง

1.4 โปรตีนจากพืช พบว่าในทุกจังหวัดมีแนวโน้มบริโภคโปรตีนจากพืชน้อยหรือไม่สม่ำเสมอ โดยจังหวัดนครราชสีมา มีสัดส่วนผู้ที่ไม่เคยบริโภคอยู่สูงสุด (ร้อยละ 52.24)

1.5 นม การบริโภคนมอยู่ในระดับต่ำในทุกจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดนนทบุรี (ร้อยละ 78 ไม่เคยบริโภค) และจันทบุรี (ร้อยละ 54 ไม่เคยบริโภค)

## 2. กลุ่มอาหารหมวดคาร์โบไฮเดรต

2.1 ข้าว/ธัญพืชหลัก การบริโภคข้าวหรือธัญพืชหลักเป็นไปอย่างสม่ำเสมอในทุกจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่และจันทบุรีที่มีสัดส่วนผู้บริโภคประจำสูง (ประมาณร้อยละ 63-70)

2.2 อาหารประเภทเส้นและขนมปัง จังหวัดเชียงใหม่และจันทบุรีมีอัตราการบริโภคอาหารประเภทเส้นและขนมปังสูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ

3. กลุ่มผัก จังหวัดเชียงใหม่มีการบริโภคผักในระดับสูงสุด (ร้อยละ 57) ขณะที่จังหวัดนครราชสีมา มีสัดส่วนผู้ที่ไม่เคยบริโภคผักที่สูงที่สุด (ร้อยละ 45)

## 4. กลุ่มผลไม้

4.1 จังหวัดจันทบุรีบริโภคผลไม้พื้นบ้านบ่อยที่สุด 58.20% (4-6 ครั้ง/สัปดาห์) เชียงใหม่และนนทบุรีระดับปานกลาง ส่วนนครราชสีมาและนครศรีธรรมราชกระจายหลากหลาย

4.2 จันทบุรีและเชียงใหม่บริโภคผลไม้นอกฤดูสูง ขณะที่นนทบุรีและนครราชสีมาบริโภคน้อย

## 5. กลุ่มไขมัน

5.1 ไขมันจากพืชผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชและจันทบุรีมีการบริโภคไขมันจากพืชในระดับสูง ในขณะที่จังหวัดนนทบุรีและเชียงใหม่มีการบริโภคที่กระจายตัวหลากหลาย

5.2 ไขมันจากสัตว์ ทุกจังหวัดมีแนวโน้มไม่บริโภคไขมันจากสัตว์ โดยเฉพาะจังหวัดจันทบุรีและเชียงใหม่ที่มีสัดส่วนไม่บริโภคมากกว่าร้อยละ 75

6. อาหารว่างและขนมไทย ผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรีและเชียงใหม่มีแนวโน้มบริโภคอาหารว่างและขนมไทยมากที่สุด ขณะที่จังหวัดนนทบุรีและนครราชสีมา มีการบริโภคที่กระจายตัว

## 7. เครื่องดื่ม

7.1 ชา/กาแฟ: บริโภคมากในจังหวัดจันทบุรีและเชียงใหม่

7.2 แอลกอฮอล์: จังหวัดนครศรีธรรมราชไม่มีผู้บริโภเลย (ร้อยละ 100 งดบริโภค) ขณะที่จังหวัดอื่น ๆ มีการบริโภคในบางกลุ่ม

7.3 น้ำอัดลมและชาสมุนไพร: บริโภคมากในจังหวัดเชียงใหม่และนครศรีธรรมราช โดยจังหวัดจันทบุรีก็มีแนวโน้มบริโภคค่อนข้างสูง

7.4 น้ำเปล่า: เป็นเครื่องดื่มที่บริโภคมากที่สุดในทุกจังหวัด โดยมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุดื่มเป็นประจำ

ตารางที่ 4 การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุใน 5 ภูมิภาค

ภูมิภาค	มาก (%)	ปานกลาง (%)	น้อย (%)
ภาคเหนือ	19.00	36.00	45.00
ภาคกลาง	22.00	30.00	48.00
ภาคอีสาน	39.00	31.34	45.00
ภาคใต้	34.00	39.00	27.00
ภาคตะวันออก	39.00	22.40	39.00

สรุป: ผู้สูงอายุในภาคอีสาน และภาคตะวันออก มีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายระดับ “มาก” สูงถึง 39% ภาคเหนือและภาคกลาง มีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายน้อยที่สุด (น้อยกว่า 20% ที่มีกิจกรรมมาก) ส่วนใหญ่ยังคงมีกิจกรรมทางกายในระดับ “น้อย” หรือ “ปานกลาง” อยู่มาก โดยเฉพาะภาคเหนือและภาคกลางที่มีผู้สูงอายุอยู่ในกิจกรรมมาก

ตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุใน 5 ภูมิภาค (ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

ภูมิภาค	ดี (%)	ปานกลาง (%)	ไม่ดี (%)
ภาคเหนือ	30.00	36.00	34.36
ภาคกลาง	39.00	30.00	31.34
ภาคอีสาน	37.30	45.00	18.00
ภาคใต้	36.00	34.33	30.00
ภาคตะวันออก	33.00	30.00	37.30

สรุป: ผู้สูงอายุในภาคอีสานมีคุณภาพชีวิตระดับ ‘ดี’ และ ‘ปานกลาง’ รวมกันสูงถึงร้อยละ 82 โดยมีเพียงร้อยละ 18 ที่รายงานว่าคุณภาพชีวิต ‘ไม่ดี’ ขณะที่ภาคตะวันออกมีผู้สูงอายุที่รายงานคุณภาพชีวิต ‘ไม่ดี’ สูงที่สุดถึงร้อยละ 37.3 ส่วนภาคเหนือและภาคกลางมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่รายงานคุณภาพชีวิต ‘ไม่ดี’ ค่อนข้างสูงกว่า 30%

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุใน 5 พื้นที่

จังหวัด	ความรู้โดยรวม	ลักษณะการบริโภคอาหาร	วิเคราะห์ความสัมพันธ์
เชียงใหม่	ต่ำมาก (70% ต่ำ, 30% ไม่พอ)	ขาดเนื้อไม่ติดมัน, ไม่กินผัก, โปรตีนน้อย, ขนมันบิงมาก, น้ำอัดลมมาก	ไม่สอดคล้องกับความรู้ต่ำ ส่งผลให้บริโภคไม่สมดุล
นครราชสีมา	ส่วนใหญ่ต่ำถึงไม่พอ (81%)	โปรตีนน้อย, ไม่กินโปรตีนพืช, ผักผลไม้ต่ำ, เนื้อไม่ติดมันน้อย	ไม่สอดคล้องกับความรู้ต่ำ นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ดี
นนทบุรี	ระดับพอใช้ (28%) และดีมาก (7%) รวม ≈ 35%	บริโภคอาหารกระจายดีขึ้น เช่น ข้าว, ไขมันพืช, ผักผลไม้, น้ำเปล่า	บางส่วนสัมพันธ์กัน แต่ยังมีพฤติกรรมไม่ดีในนม/เนื้อพืช
นครศรีธรรมราช	ต่ำและไม่พอทั้งหมด (100%)	บริโภคอาหารทะเล, น้ำตาล, น้ำอัดลมสูง, ไม่กินนม	ความรู้ต่ำสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงสูง
จันทบุรี	ดีมาก+พอใช้ ≈ 44.77%	บริโภคอาหารครบถ้วนหลายหมวด, มีผัก-ผลไม้-เนื้อดี, น้ำเปล่ามาก	ความรู้สูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ดี

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุใน 5 พื้นที่ “ความรู้ด้านสุขภาพ” กับ “กิจกรรมทางกาย” ของผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค

ภูมิภาค	จังหวัดตัวแทน	ความรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรมทางกาย	วิเคราะห์
ภาคเหนือ	เชียงใหม่	ต่ำมาก (0%)	น้อย (19%)	สอดคล้องกัน – ความรู้ต่ำ กิจกรรมทางกายก็น้อย
ภาคกลาง	นนทบุรี	พอใช้ (35.82%)	น้อย (22%)	ไม่สัมพันธ์ชัดเจน – แม้ความรู้ดีขึ้น แต่กิจกรรมยังต่ำ
ภาคอีสาน	นครราชสีมา	ต่ำ (19%)	มาก (39%)	ตรงข้าม – ความรู้ต่ำ แต่กิจกรรมสูง อาจเพราะวิถีชนบทหรือเกษตร
ภาคใต้	นครศรีธรรมราช	ต่ำมาก (0%)	มาก (34%)	ตรงข้าม – เช่นเดียวกับอีสาน อาจมีปัจจัยอื่นเช่นอาชีพ/พื้นที่
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จันทบุรี	สูงสุด (44.77%)	มาก (39%)	สอดคล้องกัน – ความรู้สูง กิจกรรมทางกายก็มาก

**ผลการคำนวณค่า R (Pearson Correlation Coefficient):**

- ค่า R = 0.294 → ความสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อย (แต่ไม่ชัดเจน)
- ค่า p = 0.632 → ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ผลการวิเคราะห์**

- ค่า  $r=0.805$  → มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ระหว่าง “ความรู้ด้านสุขภาพ” และ “พฤติกรรมการบริโภค”
- ค่า p = 0.100 → ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha=0.05$  (อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มน้อย เพียง 5 จังหวัด)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 5 พื้นที่

จังหวัด	ภูมิภาค	ความรู้ระดับต่ำ (%)	คุณภาพชีวิตไม่ดี (%)	ความสอดคล้อง
เชียงใหม่	ภาคเหนือ	100%	34.36%	สอดคล้อง – ความรู้ต่ำ คุณภาพชีวิตแย่
นครราชสีมา	ภาคอีสาน	81%	18.00%	ไม่สอดคล้องชัดเจน – ความรู้ต่ำ แต่คุณภาพชีวิตยังดีอยู่มาก
นนทบุรี	ภาคกลาง	64.18%	31.34%	อาจสอดคล้องบางส่วน
นครศรีธรรมราช	ภาคใต้	100%	30.00%	ค่อนข้างสอดคล้อง
จันทบุรี	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	55.23%	37.30%	ไม่สอดคล้อง – ความรู้ปานกลาง แต่คุณภาพชีวิตแย่มากที่สุด

**ผลการคำนวณค่า R (Pearson Correlation Coefficient):**

- ค่า R = -0.211 (ประมาณ)
- ค่า p = 0.734

**ตารางที่ 9** ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับกิจกรรมทางกาย กับ ระดับคุณภาพชีวิต ทั้ง 5 ภูมิภาค

ภูมิภาค	คะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางกาย	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต
ภาคเหนือ	1.74	1.96
ภาคกลาง	1.74	2.08
ภาคอีสาน	2.25	2.20
ภาคใต้	2.07	2.07
ภาคตะวันออก	2.01	1.96

**อภิปรายผล**

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด นครราชสีมา นครราชสีมา นครศรีธรรมราช และเชียงใหม่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในแต่ละหมวดหมู่ของอาหาร ทั้งในแง่ของความถี่และประเภทอาหารที่บริโภค ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

**1. การบริโภคโปรตีน**

ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่มีแนวโน้มบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันมากกว่าจังหวัดอื่น สะท้อนถึงการตระหนักด้านสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง ขณะที่จังหวัดจันทบุรีพบสัดส่วนผู้ที่ไม่เคยบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันสูงสุด อาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทางรายได้หรือค่านิยมด้านอาหาร นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในนครศรีธรรมราชและจันทบุรีบริโภคเนื้อสัตว์ติดมันและอาหารทะเลสูง ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะภูมิศาสตร์ที่ใกล้ทะเล อย่างไรก็ตาม การบริโภคไขมันจากสัตว์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำทุกจังหวัด ถือเป็นแนวโน้มที่ดีต่อสุขภาพ ส่วนการบริโภคนมและโปรตีนจากพืชยังคงค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในนันทบุรีและนครราชสีมาที่มีสัดส่วนผู้ไม่บริโภคนมสูง อาจเกิดจากความเชื่อเรื่องการย่อยยากหรือการแพ้แลคโตส ซึ่งควรส่งเสริมให้บริโภคในปริมาณที่เหมาะสม เนื่องจากนมเป็นแหล่งแคลเซียมสำคัญ

**2. การบริโภคคาร์โบไฮเดรต**

ทุกจังหวัดบริโภคข้าวและธัญพืชเป็นประจำตามวัฒนธรรมไทย แต่เชียงใหม่และจันทบุรีบริโภคเส้นและขนมปังมากกว่า แสดงถึงความหลากหลายวัฒนธรรมและแนวโน้มการบริโภคอาหารแปรรูป

**3. การบริโภคผักและผลไม้**

จังหวัดเชียงใหม่มีการบริโภคผักที่สูงที่สุด ขณะที่นครราชสีมามีอัตราผู้ที่ไม่เคยบริโภคผักในระดับสูง ซึ่งน่ากังวลในแง่ของสุขภาพระยะยาว เพราะผักเป็นแหล่งใยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุที่สำคัญในด้านผลไม้ จังหวัดจันทบุรีบริโภคผลไม้ที่บ้านในระดับสูงมาก ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการเป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่มีผลไม้ท้องถิ่นหลากหลาย ส่วนจังหวัดอื่นมีการบริโภคผลไม้ทั่วไปแตกต่างกัน โดยปัจจัยด้านฤดูกาล ราคา และการเข้าถึงอาจมีผลต่อพฤติกรรมนี้

**4. การบริโภคไขมัน**

การบริโภคไขมันจากพืชในจังหวัดนครศรีธรรมราชและจันทบุรีสูงกว่าในจังหวัดอื่น อาจเนื่องมาจากการใช้วัตถุดิบจากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์ม ซึ่งผลิตได้ในท้องถิ่น ขณะที่การบริโภคไขมันจากสัตว์ต่ำในทุกจังหวัด ถือเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคำแนะนำด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

**5. การบริโภคอาหารว่างและขนมไทย**

จันทบุรีและเชียงใหม่มีแนวโน้มบริโภคอาหารว่างและขนมไทยในระดับสูง สะท้อนถึงวัฒนธรรมท้องถิ่นและการเข้าถึงอาหารพื้นบ้าน ขณะที่จังหวัดอื่นมีพฤติกรรมที่หลากหลาย อาจสะท้อนถึงความหลากหลายของวิถีชีวิตและสภาพเศรษฐกิจ

## 6. การบริโภคเครื่องดื่ม

เครื่องดื่มประเภทชาและกาแฟได้รับความนิยมในจังหวัดจันทบุรีและเชียงใหม่ ส่วนแอลกอฮอล์มีการบริโภคอย่างสิ้นเชิงในนครศรีธรรมราช สะท้อนถึงอิทธิพลของวัฒนธรรม ศาสนา หรือการรณรงค์ในพื้นที่ น้ำอัดลมและชาสมุนไพรบริโภคมากในเชียงใหม่และนครศรีธรรมราช ควรเฝ้าระวังเรื่องน้ำตาลสูง ขณะที่น้ำเปล่ายังคงเป็นเครื่องดื่มหลักในทุกจังหวัด ซึ่งเหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง, เข้าใจ, ประเมิน, และ นำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การเลือกและรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน เช่น เลือกกินผัก ผลไม้ ลดหวาน มัน เค็ม เป็นต้น เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี ย่อม มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

จากการศึกษาระดับกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างระดับกิจกรรมทางกายกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย เท่ากับ 0.85 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายมากกว่ามีแนวโน้มที่จะรายงานคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (Wongnoy, K., Juwa, S., & Srisookkum, T., 2023) ที่ชี้ว่า กิจกรรมทางกายมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

ภูมิภาคที่มีคะแนนกิจกรรมทางกายเฉลี่ยสูง เช่น ภาคอีสาน (2.25) และภาคใต้ (2.07) ก็มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าภูมิภาคอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Chuenjai, S., 2021) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำมีระดับความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายยังสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง การรักษาความสามารถในการเคลื่อนไหว และการมีอารมณ์ที่มั่นคง (Supakan, B., et al., 2019) ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นเพียงค่าเฉลี่ยระดับภูมิภาค และเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไม่สามารถสรุปเหตุและผลได้โดยตรง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตโดยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เช่น รายได้ การศึกษา หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่จากการศึกษากล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมี กิจกรรมทางกายมากขึ้น เช่น การเดิน ออกกำลังกายเบา ๆ ยิ่งส่งเสริมให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง ซึ่งจะสามารถตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกิจกรรมทางกาย

1. มีเพียงบางภูมิภาค (ภาคเหนือ, ตะวันออก) ที่แสดงความสอดคล้องว่า ความรอบรู้ที่ดี ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายที่สูงขึ้น
2. ในภาคอื่น ๆ แนวโน้มกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุไม่ชัดเจน อาจสะท้อนว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากอาชีพ ลักษณะภูมิประเทศ วิถีชีวิต และการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้หรือการส่งเสริมจากท้องถิ่น

### สรุปแนวโน้มความสัมพันธ์

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังและการรักษาอารมณ์ให้มั่นคง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Taylor, 2014) ที่ระบุว่าการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่าสนใจจากการวิเคราะห์มีดังนี้:

### 1. ความย้อนแย้งของข้อมูลในบางพื้นที่

แม้ค่า  $R = -0.211$  จะแสดงความสัมพันธ์เชิงลบอ่อนๆ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่ำกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (หมายถึงเมื่อความรู้ต่ำ คุณภาพชีวิตมักจะแย่ง) แต่ในบางพื้นที่กลับพบผลที่สวนทางกัน เช่น จังหวัดนครราชสีมา ที่มีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพต่ำสูงถึง 81% แต่มีผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิต "ไม่ดี" เพียง 18%

การอภิปราย: ปรากฏการณ์นี้สะท้อนว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้ถูกกำหนดด้วย "ความรู้" เพียงอย่างเดียว แต่อาจมี ตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding Factors) ที่เข้มแข็งกว่า เช่น สายสัมพันธ์ในครอบครัว การเกื้อกูลกันในชุมชน หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ช่วยประคับประคองจิตใจ ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของสังคมชนบทในบางภูมิภาค

### 2. อิทธิพลของความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภค

ข้อมูลแสดงให้เห็นชัดเจนว่า จังหวัดที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง (เช่น จันทบุรี, นนทบุรี) มีพฤติกรรมการบริโภคที่สมดุลกว่า ในขณะที่จังหวัดที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (เช่น เชียงใหม่, นครศรีธรรมราช) มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า เช่น การเลี่ยงผักผลไม้และบริโภคน้ำหวาน ซึ่งตอกย้ำว่า "ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)" คือทักษะสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตที่เหมาะสม

### 3. ข้อจำกัดของการศึกษา (Limitation)

- ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล: การวัดคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาจเป็นเพียงภาพสะท้อนระยะสั้น ไม่สามารถระบุถึงคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้
  - ขนาดตัวอย่างระดับพื้นที่: การวิเคราะห์ข้อมูลจากเพียง 5 จังหวัด อาจทำให้ผลการศึกษามีลักษณะ "สรุปอ้างอิงกว้างเกินไป (Over generalization)" เมื่อเทียบกับบริบทที่หลากหลายของทั้งประเทศ
  - ลักษณะทางสถิติ: เนื่องจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation) จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล (Causality) ได้โดยตรง
1. จังหวัดที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ เช่น เชียงใหม่, นครราชสีมา, นครศรีธรรมราช มีแนวโน้มข้อบริโภคโปรตีนพืชต่ำ, ไม่กินผัก-ผลไม้, และบริโภคน้ำอัดลม ขนมหวาน สูง ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยง
  2. จังหวัดที่มีความรู้สูงหรือพอใช้มากกว่า 40% เช่น จันทบุรี, นนทบุรี พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคที่สมดุลกว่า โดยเฉพาะ จันทบุรี ที่บริโภคเนื้อ, ผัก, ผลไม้ และไขมันจากพืชในระดับดี
  3. จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเพิ่มการอภิปรายความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
  4. ค่า  $R = -0.211$  แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงลบอ่อน ๆ ระหว่างร้อยละของความรู้ด้านสุขภาพต่ำกับร้อยละของคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี กล่าวคือ เมื่อความรู้ด้านสุขภาพต่ำลง คุณภาพชีวิตมีแนวโน้มแย่งเล็กน้อย

### ความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจน

1. แม้ความรู้ด้านสุขภาพจะมีแนวโน้มสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางลบ แต่จากข้อมูลนี้ ความสัมพันธ์ยังไม่ชัดเจนพอจะยืนยัน
2. บางพื้นที่ เช่น นครราชสีมา มีความรู้สุขภาพต่ำสูงถึง 81% แต่คุณภาพชีวิต "ไม่ดี" เพียง 18% ซึ่งสวนทางกัน

### 1. ตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding Factors)

1. การใช้เพียง 2 ตัวแปรอธิบายคุณภาพชีวิตอาจไม่เพียงพอ
2. ปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้และสถานะทางเศรษฐกิจ ความช่วยเหลือจากครอบครัว ความครอบคลุมของบริการสุขภาพในพื้นที่ การมีโรคเรื้อรัง และความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม

## 2. ข้อจำกัดของข้อมูล

1. จำนวนจังหวัดน้อย (5 จังหวัด) → ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ
2. การจับคู่ระหว่างจังหวัดกับภูมิภาคอาจทำให้เกิดการสับสนที่กว้างเกินไป
3. คุณภาพชีวิตวัดจากสัดส่วนในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นช่วงเวลาสั้น

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

- **การออกแบบนโยบายเฉพาะถิ่น (Localized Policy):** หน่วยงานภาครัฐควรหยุดใช้มาตรการ "ขนาดเดียวใช้ได้กับทุกคน (One-size-fits-all)" แต่ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทวัฒนธรรม เช่น ภาคเหนือและตะวันออกเฉียงใต้เน้นการให้ความรู้ (Health Literacy) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนืออาจเน้นการใช้กลไกชุมชนและศาสนาเป็นต้นนำ
- **การบูรณาการระบบบริการสุขภาพ:** ควรสนับสนุนให้ รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน ยกระดับจากเพียงผู้รักษา เป็น "ผู้อำนวยความสะดวกด้านกิจกรรม (Activity Facilitator)" โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเข้ากับแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

## การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาและส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเลือกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ควรส่งเสริม กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน เช่น การออกกำลังกายหรือกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอธิบายสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อม ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างรอบด้าน

## References

- Basnet, S., Merikanto, I., Lahti, T., Mannisto, S., Laatikainen, T., Vartiainen, E., et al. (2016). Associations of common chronic non-communicable diseases and medical conditions with sleep-related problems in a population-based health examination study. *Sleep Science*, 9(3), 249–254.
- Bull, F. C., Maslin, T. S., & Armstrong, T. (2009). Global physical activity questionnaire (GPAQ): Nine-country reliability and validity study. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(6), 790–804.
- Chow, B. C., Duong, T. V., Jiao, J., Hassel, H., Kwok, T. C. Y., Nguyen, M. H., & Liu, H. (2024). Health literacy mediates the relationships of cognitive and physical functions with health-related quality of life in older adults. *Frontiers in Public Health*, 12, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.135539>
- Chuenjai, S., & Chatprasart, W. (2021). Factors related to life satisfaction among elderly club members under Kanchanaburi Municipality. *Journal of Health Science Research*, 15(1), 125–136.
- Department of Health. (2021). Guidelines for promoting nutrition for older adults. Bangkok, Thailand: Nutrition Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Retrieved from <https://nutrition.anamai.moph.go.th>
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12, 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130>
- Green, T. J., Allen, O. B., & O'Connor, D. L. (1998). A three-day weighed food record and a semiquantitative food-frequency questionnaire are valid measures for assessing the folate and vitamin B-12 intakes of women aged 16 to 19 years. *The Journal of Nutrition*, 128(10), 1665–1671. <https://doi.org/10.1093/jn/128.10.1665>
- McHill, A. W., Phillips, A. J., Czeisler, C. A., Keating, L., Yee, K., Barger, L. K., et al. (2017). Later circadian timing of food intake is associated with increased body fat. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 106(5), 1213–1219.
- National Statistical Office. (2020). Household socioeconomic survey report 2020. Bangkok, Thailand: National Statistical Office. Retrieved from <https://www.nso.go.th>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Supakan, B., et al. (2019). Study of food consumption behaviors of older adults in Southern Thailand. *Journal of Public Health Research*, 28(3), 112–125.
- Suerungreang, S., Chamnankhong, K., Wanwaja, M., & Kloaiam, S. (2024). Health literacy survey of Thai people aged 15 years and over, 2023 (2nd ed.): Promoting health literacy in Thailand—Current situation, determinants, and policy recommendations. Nonthaburi, Thailand: Health Systems Research Institute.
- Suwimol, C. (2021). Physical activity and well-being of older adults in rural areas. *Community Public Health Journal*, 17(2), 45–59.
- Suwimol, P. (2017). Introduction to research (12th ed.). Bangkok, Thailand: Suwiriyasarn.
- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1059), 26–32. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>

- Thanwawan, C. (2018). Food consumption behaviors of older adults in urban areas, Chiang Mai province. *Journal of Public Health Nursing, 32*(1), 45–56.
- Wongnoy, K., Juwa, S., & Srisookkum, T. (2023). Behavior, social support and quality of life among socially dependent elderly people in Phayao Province, Thailand. *Journal of Public Health and Development, 21*(2), 189–200.
- World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
- World Health Organization. (2015). Healthy diet: Fact sheet No. 394. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>