



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงานจังหวัดพังงา

Factors Associated with Desirable Health Behaviors Among Working-Age Population in Phang Nga Province

วัชรระ พัฒนรักษ์

Watchara Phattanak

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

Phang Nga Provincial Public Health Office

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Watchara Phattanak, E-mail: vnr22122511@gmail.com)

(Received: August 19, 2025; Revised: September 1, 2025; Accepted: September 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างคือประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี จำนวน 351 คน ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha และ KR-20) อยู่ระหว่าง 0.78-0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับดี (ร้อยละ 66.67) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p=0.002$) อาชีพ ($p=0.001$) อายุ ($r=0.176$, $p=0.001$) รายได้ ($r=0.144$, $p=0.007$) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($r=-0.107$, $p=0.044$) และชั่วโมงการทำงาน ($r=-0.129$, $p=0.016$) ส่วนปัจจัยทางจิตสังคมทุกตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ($r=0.558$) ทักษะ ($r=0.420$) การสนับสนุนทางสังคม ($r=0.399$) การรับรู้อุปสรรค ($r=0.303$) ความรู้ ($r=0.263$) และการรับรู้ประโยชน์ ($r=0.253$) ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ความสามารถแห่งตนและทักษะที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน พร้อมทั้งพัฒนานโยบายสถานที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพเสี่ยง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, วัยทำงาน, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์



Abstract

The research design used Descriptive approach to investigate both the extent of desirable health behaviors and their associated factors among Phang Nga Province working-age residents. The research included 351 participants between 15 and 59 years old who were selected through multi-stage random sampling. The research instrument consisted of a validated questionnaire that assessed personal factors together with knowledge and attitude and perceived benefits and barriers and self-efficacy and social support and desirable health behaviors that had been validated with reliability coefficients (Cronbach's alpha and KR-20) ranging from 0.78-0.86, which were considered acceptable. The researchers used descriptive statistics together with Chi-square test and Fisher's exact test and Pearson's correlation coefficient to analyze the data. The survey results showed that most participants demonstrated desirable health behaviors at a good level (66.67%). The research identified gender ($p=0.002$), occupation ($p=0.001$), age ($r=0.176$, $p=0.001$), income ($r=0.144$, $p=0.007$), number of family members ($r=-0.107$, $p=0.044$) and working hours ($r=-0.129$, $p=0.016$) as significant personal factors linked to desirable health behaviors. The psychosocial factors demonstrated strong associations with desirable health behaviors ($p<0.001$) with perceived self-efficacy ($r=0.558$) being the strongest followed by attitude ($r=0.420$) then social support ($r=0.399$) and perceived barriers ($r=0.303$) and knowledge ($r=0.263$) and perceived benefits ($r=0.253$). The research indicates that health behavior modification programs should focus on building self-efficacy and positive attitudes and creating healthy workplace policies especially for high-risk occupational groups to achieve effective desirable health behavior promotion.

Keywords: Desirable Health Behaviors, Working-Age Population, Associated factors

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ได้กลายเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดของประชาคมโลกในศตวรรษที่ 21 สถิติจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 ระบุว่าโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากถึง 43 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการระบาดใหญ่ (World Health Organization, 2024) ประเด็นที่น่ากังวล คือประชากรถึง 18 ล้านคนต้องเสียชีวิตจาก NCDs ก่อนอายุครบ 70 ปี

สาเหตุหลักของการเสียชีวิตโดยกลุ่มโรค NCDs ประกอบด้วย 4 กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน) โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน) โดยมีการคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจสูงถึง 23 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 85 ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รากของวิกฤตการณ์นี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ทั้งปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม ได้แก่ การใช้น้ำสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย และการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงการได้รับมลพิษทางอากาศ และปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิก 4 ประการ คือ

1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และ 4) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยภาวะความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อันตรายที่สุด เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิตจากโรค NCDs ทั่วโลกถึงร้อยละ 25 (World Health Organization, 2024)

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ของโรค NCDs มีความน่าเป็นห่วงและมีแนวโน้มรุนแรงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกในบางมิติ ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศระบุว่า มีประชากรไทยป่วยด้วยโรคกลุ่มนี้ถึง 14 ล้านคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตปีละกว่า 320,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ประเด็นที่ต้องให้ความสนใจ คือ กว่าร้อยละ 55 ของผู้เสียชีวิตจาก NCDs ในประเทศไทยมีอายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่อยู่ประมาณร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาแนวโน้มของโรคที่เป็นปัญหาหลัก พบว่าความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2563 ขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี 2563 (วิชัย เอกพลกร และคณะ, 2564)

ประชากรวัยทำงานถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าสูงสุดและเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศในทุกมิติ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) จำนวนประมาณ 42.19 ล้านคน ซึ่งนับเป็นประชากรกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ ปัจจุบันประชากรวัยทำงานกว่า 39 ล้านคนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่า วัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เกินเกณฑ์มาตรฐานสูงถึงร้อยละ 56.93 และมีภาวะเครียดสูงถึงร้อยละ 40 (กองกิจการทางกายเพื่อสุขภาพ, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดพังงาที่เป็นปัจจุบัน ครอบครัว และเป็นระบบ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงมีความสำคัญในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยบูรณาการกรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 1985) ที่เน้นบทบาทของทัศนคติ ทฤษฎีปัญญาสังคม (Bandura, 1997) ที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1988) นอกจากนี้ยังได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด "2อ. 2ส. 1ฟ. 1น." ของกรมอนามัย (สุนันท์นิ ศรีประจันต์, 2562) ในการกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

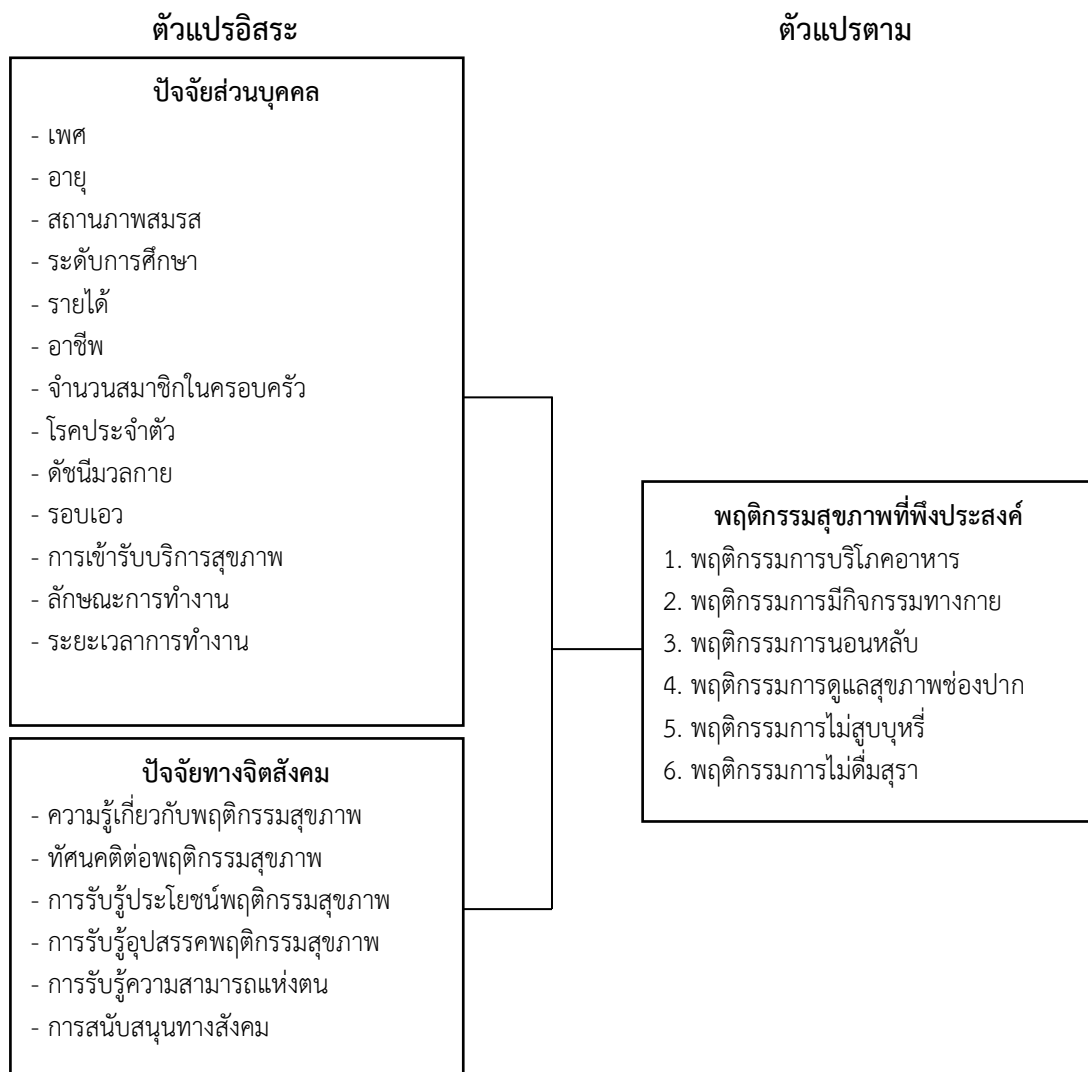
ผลลัพธ์จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย และประชาชนวัยทำงานในจังหวัดพังงา ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุดคือ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน" (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2563) และแผนพัฒนาจังหวัดพังงา (พ.ศ. 2566-2570) ที่มุ่งสู่การเป็น "เมืองแห่งความผาสุกที่ยั่งยืน" (จังหวัดพังงา, 2566)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดพังงา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดพังงา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้บูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญและอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงาน โดยประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1985) ทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura (1997) การสนับสนุนทางสังคมของ House (1988) รวมทั้งแนวคิด "2อ. 2ส. 1พ. 1น." ของกรมอนามัย (สุนันทินี ศรีประจันต์, 2562) ที่กำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประเภทการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบการวิจัยเชิงพรรณนา ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชากรวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในจังหวัดพังงา จำนวน 171,137 คน คิดเป็นร้อยละ 63.9 ของประชากรทั้งหมด 267,820 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Pearson's correlation โดยกำหนดค่า effect size = 0.20, α = 0.05, power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 319 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เป็น 351 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยขั้นแรกสุ่มเลือกอำเภอจำนวน 4 อำเภอ (คิดเป็นร้อยละ 50 ของจำนวนอำเภอทั้งหมด 8 อำเภอ) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ได้อำเภอเมืองพังงา ทับปุด ตะกั่วป่า และท้ายเหมือง จากนั้นขั้นที่สองสุ่มเลือกตำบลจากแต่ละอำเภอที่ได้ จำนวนร้อยละ 30 ของตำบลในแต่ละอำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย ได้ทั้งหมด 10 ตำบล เพื่อให้กระจายครอบคลุมพื้นที่ศึกษา

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 15-59 ปี มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงไม่น้อยกว่า 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์เกณฑ์คัดออกคือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีข้อจำกัดทางสติปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบตรวจสอบรายการและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เศรษฐกิจสังคม และสถานะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แบบถูก-ผิด 15 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) = ความรู้ระดับสูง
- คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) = ความรู้ระดับปานกลาง
- คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน) = ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 6 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 6 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 12 ข้อ โดยส่วนที่ 3 ถึง 7 แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 = ระดับสูง
- ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 = ระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 = ระดับต่ำ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มาตรฐานประมาณค่าความถี่ 4 ระดับ 15 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 3.00-4.00 = พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับดี
- คะแนนเฉลี่ย 2.00-2.99 = พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.99 = พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.50)

ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และ KR-20 (สำหรับแบบทดสอบความรู้) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบทดสอบความรู้ (0.78) แบบสอบถามทัศนคติ (0.82) การรับรู้ประโยชน์ (0.85) การรับรู้อุปสรรค (0.79) การรับรู้ความสามารถของตน (0.84) การสนับสนุนทางสังคม (0.86) และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (0.81) ซึ่งทุกส่วนมีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.70

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความรู้ด้วยเทคนิค Item-Total Correlation ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และตรวจสอบความยากง่ายของข้อคำถามซึ่งอยู่ระหว่าง 0.27-0.76 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (0.2-0.8)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2568 มีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมการ ประกอบด้วย การขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา และการทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. การอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จำนวน 8 คน และแบ่งทีมเก็บข้อมูลเป็น 4 ทีม รับผิดชอบอำเภอละ 1 ทีม
3. การเก็บข้อมูล เริ่มจากการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความยินยอม (Informed Consent) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ตามความเหมาะสม พร้อมทั้งวัดน้ำหนักและส่วนสูง
4. การควบคุมคุณภาพข้อมูล โดยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันทีหลังเก็บข้อมูล และผู้วิจัยหลักสุ่มติดตามการทำงานของ ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน ลงรหัสและประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ตัวแปรเชิงคุณภาพ (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฯลฯ) ด้วยความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ (อายุ รายได้ BMI) ใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. ตัวแปรทางจิตสังคม วิเคราะห์ระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้ต่าง ๆ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามเกณฑ์ที่กำหนด

สถิติเชิงอนุมาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

1. Chi-square test ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น เพศ สถานภาพสมรส กับระดับพฤติกรรมสุขภาพ และใช้ Fisher's Exact Test กรณีมีเซลล์ที่มีความถี่น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20

2. Pearson's correlation ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ จากตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ โดยแปลผลค่า r ตามเกณฑ์ของ Schober et al. (2018) ดังนี้

- 0.00-0.10: ความสัมพันธ์น้อยมาก
- 0.10-0.39: ความสัมพันธ์ระดับต่ำ
- 0.40-0.69: ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
- 0.70-0.89: ความสัมพันธ์ระดับสูง
- 0.90-1.00: ความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่ COA.PNPH 2025/020.2605 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2568 ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามหลักสากล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงานจังหวัดพังงา นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดพังงา

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.92) มีอายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี (ร้อยละ 58.12) โดยมีอายุเฉลี่ย 45.44 ปี ($SD = 10.339$, $Min = 15$, $Max = 59$) มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 71.23) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 30.77) มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.29) โดยมีรายได้เฉลี่ย 12,895.75 บาท ($SD = 11,953.532$, $Min = 600$, $Max = 100,000$) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 39.32) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.66) มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 25.33 กก./ม.² ($SD = 4.905$) ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1

1.2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.05 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 0.28 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.12 คะแนน (SD = 0.405) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (n = 351)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	3.00-4.00	234	66.67
ระดับปานกลาง	2.00-2.99	116	33.05
ระดับควรปรับปรุง	1.00-1.99	1	0.28
รวม		351	100.0

$\bar{X} = 3.12$, S.D. = 0.405, Min = 1.80, Max = 4.00

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์รายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย = 3.71) การไม่สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า (ค่าเฉลี่ย = 3.67) และการแปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที และแปรงลิ้นทุกครั้ง (ค่าเฉลี่ย = 3.62) ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่แนะนำ (ค่าเฉลี่ย = 1.68) การตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี (ค่าเฉลี่ย = 2.71) และการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ (ค่าเฉลี่ย = 2.73) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (n = 351)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร			
1. ทานรับประทานผักวันละอย่างน้อย 4 ทัพพี	3.21	0.740	ระดับดี
2. ทานรับประทานผลไม้ที่ไม่หวานจัดวันละ 3 ส่วน	2.91	0.747	ระดับปานกลาง
3. ทานหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด	2.99	0.840	ระดับปานกลาง
4. ทานดื่มน้ำสะอาดวันละอย่างน้อย 8 แก้ว (2 ลิตร)	3.50	0.692	ระดับดี
พฤติกรรมกรมีกิจกรรมทางกาย			
5. ทานมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก อย่างน้อยวันละ 30 นาที	2.78	0.881	ระดับปานกลาง
6. ทานหลีกเลี่ยงการนั่งหรือนอนติดต่อกันเป็นเวลานาน	3.13	0.884	ระดับดี
พฤติกรรมกรนอนหลับ			
7. ทานนอนหลับวันละ 7-9 ชั่วโมง	3.32	0.790	ระดับดี
8. ทานเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาสม่ำเสมอทุกวัน	3.36	0.780	ระดับดี
พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปาก			
9. ทานแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน	3.71	0.601	ระดับดี
10. ทานแปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที และแปรงลิ้นทุกครั้ง	3.62	0.678	ระดับดี
11. ทานไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.71	0.835	ระดับปานกลาง
พฤติกรรมกรไม่สูบบุหรี่			
12. ทานสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า*	3.67	0.823	ระดับดี
13. ทานหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่กำลังสูบบุหรี่	2.73	1.178	ระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (n = 351) (ต่อ)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
พฤติกรรมที่ไม่ดี			
14. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*	3.54	0.830	ระดับดี
15. เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ท่านดื่มไม่เกินปริมาณที่แนะนำ	1.68	1.049	ควรปรับปรุง
ภาพรวม	3.12	0.405	ระดับดี

*ข้อความเชิงลบ มีการกลับคะแนนแล้ว

1.3 ระดับของตัวแปรจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ตัวแปรจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.85) มีทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับสูง (ร้อยละ 69.23) มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับสูง (ร้อยละ 96.58) มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง (ร้อยละ 52.14) มีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับสูง (ร้อยละ 58.12) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ร้อยละ 68.09) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับตัวแปรจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง (n = 351)

ตัวแปร	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
ความรู้	43.02	51.85	5.13	11.09*	1.592
ทัศนคติ	69.23	30.77	0.00	3.82	0.489
การรับรู้ประโยชน์	96.58	3.13	0.28	4.40	0.518
การรับรู้อุปสรรค	52.14	40.17	7.69	3.50	0.714
การรับรู้ความสามารถของตน	58.12	39.60	2.28	3.71	0.644
การสนับสนุนทางสังคม	68.09	29.91	1.99	3.98	0.755

*คะแนนเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ส่วนตัวแปรอื่น ๆ คะแนนเต็มเฉลี่ย 5 คะแนน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานจังหวัดพังงา

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเชิงคุณภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า เพศ (p = 0.002) และอาชีพหลัก (p = 0.001) มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับดี (ร้อยละ 70.80) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 51.40) ส่วนด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับดีสูงสุด ได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 76.10) เกษตรกร (ร้อยละ 74.60) และรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 70.70) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเชิงคุณภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (n = 351)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		p-value
	ระดับดี	ระดับปานกลางและควรปรับปรุง	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. เพศ			0.002* ^f
ชาย (n=74)	38 (51.40)	36 (48.60)	
หญิง (n=277)	196 (70.80)	81 (29.20)	
2. อาชีพหลัก			0.001* ^{X²}
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (n=58)	41 (70.70)	17 (29.30)	
พนักงานบริษัทเอกชน (n=11)	4 (36.40)	7 (63.60)	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (n=46)	35 (76.10)	11 (23.90)	
เกษตรกร (n=138)	103 (74.60)	35 (25.40)	
ประมง (n=22)	8 (36.40)	14 (63.60)	
รับจ้างทั่วไป (n=65)	36 (55.40)	29 (44.60)	
ธุรกิจท่องเที่ยวและบริการ (n=11)	7 (63.60)	4 (36.40)	

^f คือการทดสอบด้วย Fisher's exact test, ^{X²} คือการทดสอบด้วย Chi-square test

*p-value <0.05 **p-value <0.001

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลเชิงปริมาณ พบว่า อายุ ($r = 0.176$, $p = 0.001$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = 0.144$, $p = 0.007$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ส่วนจำนวนสมาชิกในครอบครัว ($r = -0.107$, $p = 0.044$) และชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน ($r = -0.129$, $p = 0.016$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเชิงปริมาณกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (n = 351)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	แปลผล (r)	p-value
1. อายุ	0.176*	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	0.001
2. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.144*	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	0.007
3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว	-0.107*	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	0.044
4. ดัชนีมวลกาย (BMI)	-0.010	มีความสัมพันธ์น้อยมาก	0.848
5. ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน	-0.129*	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	0.016

*p-value <0.05

2.2 ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยเรียงลำดับจากความสัมพันธ์มากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ($r = 0.558$) และทัศนคติ ($r = 0.420$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.399$) การรับรู้อุปสรรค ($r = 0.303$) ความรู้ ($r = 0.263$) และการรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.253$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ($n = 351$)

ปัจจัยทางจิตสังคม	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	แปลผล (r)	p-value
1. ความรู้	0.263**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	<0.001
2. ทัศนคติ	0.420**	มีความสัมพันธ์ปานกลาง	<0.001
3. การรับรู้ประโยชน์	0.253**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	<0.001
4. การรับรู้อุปสรรค	0.303**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	<0.001
5. การรับรู้ความสามารถแห่งตน	0.558**	มีความสัมพันธ์ปานกลาง	<0.001
6. การสนับสนุนทางสังคม	0.399**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ	<0.001

**p-value <0.001

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานใน จังหวัดพังงา มีประเด็นสำคัญที่อภิปรายดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชากรวัยทำงานในจังหวัดพังงา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 66.67) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 11 ที่พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.2) (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และ อุบล จันทรเพชร, 2562) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 43.39 ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง, 2567) ปรากฏการณ์นี้อาจเป็นผลจากข้อได้เปรียบเชิงสุขภาพของพังงา ที่เกิดจากนโยบายสนับสนุนและการปฏิบัติงานที่เข้มแข็งในพื้นที่ เช่น โครงการ "พังงาผาสูก" ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด (จังหวัดพังงา, 2566) และแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงาที่มุ่งเน้นแนวทาง "ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง" (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2567) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากมีคะแนนสูงที่สุด โดยการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และการแปรงฟันอย่างถูกต้องมีคะแนนเฉลี่ยสูงถึง 3.71 และ 3.62 ตามลำดับ แสดงถึงความตระหนักและการปฏิบัติที่ดีในด้านสุขอนามัยช่องปาก อย่างไรก็ตาม การตรวจสุขภาพช่องปากประจำปียังมีคะแนนต่ำ (2.71) สะท้อนข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทันตกรรมเชิงป้องกัน ด้านการไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนสูง (3.67) แต่การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองยังมีคะแนนปานกลาง (2.73) ส่วนพฤติกรรมการนอนหลับมีคะแนนในระดับดี ทั้งระยะเวลา (3.32) และความสม่ำเสมอ (3.36) สะท้อนถึงการมีวิถีชีวิตที่สมดุล พฤติกรรมการบริโภคอาหารพบความแตกต่าง โดยการดื่มน้ำเพียงพอมีคะแนนสูง (3.50)

แต่การบริโภคผลไม้และการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพยังอยู่ในระดับปานกลาง (2.91-2.99) ด้านกิจกรรมทางกาย พบว่าเป็นจุดอ่อนสำคัญ โดยการมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักมีคะแนนต่ำ (2.78) และที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ พฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมมีคะแนนต่ำมาก (1.68) สะท้อนปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยทำงานที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

2.1 เพศกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับดี (ร้อยละ 70.80) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 51.40) สอดคล้องกับการศึกษาของ ก้องไพร ต้นสุชาติ และคณะ (2567) ที่พบว่าเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย อธิบายได้ด้วยแนวคิดทางเพศภาวะ (Gender) ที่สังคมมีการคาดหวังและขัดเกลาผู้ชายและผู้หญิงให้มีบทบาทและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553)

2.2 อาชีพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับดีสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 76.10) เกษตรกร (ร้อยละ 74.60) และรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 70.70) สอดคล้องกับการศึกษาของ Apinonkul และคณะ (2015) ที่พบว่าลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงานมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนวัยทำงาน โดยกลุ่มพนักงานบริษัทเอกชนและประมงมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของศาริณา สุขสมบูรณ์ (2563) ที่พบว่าอาชีพประมงเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ

2.3 อายุกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ($r = 0.176$, $p = 0.001$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ดีขึ้นเล็กน้อย ปรากฏการณ์นี้อาจอธิบายได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิทยาและประสบการณ์ชีวิตตามช่วงวัย สอดคล้องกับการศึกษาของธนวิญญ์ แสนสองแคว (2559) ที่พบว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น มักจะเริ่มตระหนักถึงความเสื่อมถอยของร่างกายและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ มากขึ้น การเจ็บป่วยหรือการพบเห็นปัญหาสุขภาพในครอบครัวอาจเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

2.4 รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ($r = 0.144$, $p = 0.007$) สอดคล้องกับหลักการทางสังคมเศรษฐศาสตร์สุขภาพที่ว่าสถานะทางเศรษฐกิจสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีโอกาสในการเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพ เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายที่มีค่าใช้จ่าย และเข้าถึงบริการทางการแพทย์และทันตกรรมได้มากกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของ Mintel (2023) ที่พบว่า กว่าครึ่งของคนไทยต้องการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แต่ข้อจำกัดด้านงบประมาณเป็นอุปสรรคสำคัญ

2.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ($r = -0.107$, $p = 0.044$) สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการจัดสรรทรัพยากรในครอบครัว ดังที่ธนวิญญ์ แสนสองแคว (2559) อธิบายว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมากมักจะมีภาระในการดูแลและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ทำให้ทรัพยากร

ทั้งด้านเวลาและการเงินสำหรับการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลลดลง โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีเด็กและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล ซึ่งอาจทำให้วัยทำงานที่เป็นผู้ดูแลหลักมีเวลาและทรัพยากรสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองน้อยลง

2.6 ชั่วโมงการทำงานกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ($r = -0.129$, $p = 0.016$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุทัศน์ เสียมไหม และคณะ (2564) ที่พบว่าชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานทำให้บุคคลมีเวลารว้างสำหรับการดูแลสุขภาพน้อยลง ทั้งในแง่ของการออกกำลังกาย การเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนที่เพียงพอ นอกจากนี้ การทำงานเป็นเวลานานยังอาจนำไปสู่ความเครียดและความเหนื่อยล้า ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

3. ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

3.1 การรับรู้ความสามารถแห่งตนกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ($r = 0.558$, $p < 0.001$) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดจากปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษา สอดคล้องกับทฤษฎีปัญหาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura ที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (ซัชฎาภร พิศมร และ เอกสิทธิ์ ไชยปิน, 2566) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑาพร ศรีจันทร์ และคณะ (2561) ที่พบว่าโปรแกรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนผ่านสื่อวีดิทัศน์และตัวแบบ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ

3.2 ทักษะคิดกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ($r = 0.420$, $p < 0.001$) สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen ที่เสนอว่าทักษะคิดเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองของ พงศกร ห้วน และคณะ (2564) ที่พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกายในกลุ่มนักเรียนที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

3.3 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ($r = 0.399$, $p < 0.001$) สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ House แต่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิศา คงคุณ และคณะ (2564) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านกลไกการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการสร้างแรงจูงใจ

3.4 การรับรู้อุปสรรค ความรู้ และการรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรค ($r = 0.303$, $p < 0.001$) ความรู้ ($r = 0.263$, $p < 0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.253$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สำหรับความรู้และการรับรู้ประโยชน์ ผลการศึกษาสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (อภิญา ขอบงาม และคณะ, 2566) แต่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ สะท้อนว่าการมีความรู้หรือตระหนักถึงประโยชน์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ประเด็นที่น่าสนใจจากผลการศึกษาครั้งนี้คือความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามกลุ่มอาชีพ โดยพบว่ากลุ่มประมงและพนักงานบริษัทเอกชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับดี

เพียงร้อยละ 36.40 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนา นโยบายสถานที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มอาชีพเสี่ยงเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ Apinonkul และคณะ (2015) และ ศาริณา สุขสมบูรณ์ (2563) ที่พบว่าลักษณะงานประมงมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานและมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ความสำเร็จของ จังหวัดพังงาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 66.67 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ย ระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพที่ 11 นั้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของนโยบาย "พังงาผาสุก" ที่เป็นหนึ่ง ในยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด (จังหวัดพังงา, 2566) ความสำเร็จนี้ควรได้รับการต่อยอดโดยการบูรณาการ การส่งเสริมสุขภาพเข้ากับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่ยัง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนานโยบายสถานที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพ (Healthy Workplace) โดยเฉพาะในกลุ่มพนักงาน บริษัทเอกชนและประมงซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง
2. บูรณาการการส่งเสริมสุขภาพเข้ากับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด โดยต่อยอดความสำเร็จของ นโยบาย "พังงาผาสุก" ซึ่งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ประชากรวัยทำงานในจังหวัดพังงามีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ในระดับดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่ง ตน โดยออกแบบกิจกรรมที่ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับประสบการณ์ความสำเร็จ

References

- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ, กรมอนามัย. (2567). *ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน*.
https://dopah.anamai.moph.go.th/th/dopahkpiindicators2567/download?id=114136&mid=38782&mkey=m_document&lang=th&did=33844
- ก้องไพร ตันสุชาติ, ปราโมทย์ เย็นบุญธรรม และธวัชชัย แก้วอ้วน. (2567). การเปรียบเทียบความรู้ด้าน สุขภาพระหว่างเพศหญิงและเพศชายที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภออมก๋อย จังหวัด เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 4(2), e268034.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลประชากรกลางปี*.
<https://spd.moph.go.th/mid-year-population/>
- จังหวัดพังงา. (2566). *เป้าหมายการพัฒนาจังหวัดพังงา ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2566–2585)*.
- จุฑาพร ศรีจันทร์, จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, นริมาลย์ นิละไพจิตร, และธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. (2561). ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน และวิถีทัศนคติการดูแลสุขภาพ ต่อความรู้ ความวิตก กังวล และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(1), 89-102.
- ชัยฉภากร พิศมร, และเอกสิทธิ์ ไชยปิ่น. (2566). *การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง*. มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.



- ธนวิษฐ์ แสงสองแคว. (2559). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลม่วงน้อย อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พงศกร ห้วนนา, พิษณุรักษ์ กันทวิ, ธนุศิลป์ สลืออ่อน, และภัทรพล มากมี. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นฐานในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *เชียงใหม่เวชสาร*, 13(3), 90-113.
- พงศธร พอกเพ็ญดี. (2563). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(1), 173-186.
- พรทิศา คงคุณ, ระวี แก้วสุกใส, รังสฤษฎ์ แวดือราแม, บุญยิ่ง ทองคุปต์, และมุฮัมหมัดไซด ซาและ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(3), 133-146.
- ศาริณา สุขสมบูรณ์. (2563). สุขภาพและปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของแรงงานประมงต่างด้าวในภาคใต้ตอนล่าง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์, และอุบล จันท์เพชร. (2562). พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปีในเขตสุขภาพที่ 5. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี.
- สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ. (2567). การวิเคราะห์บทบาทบทบาทภารกิจหน่วยงานในสังกัดกรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). เพศภาวะกับสุขภาพจิต. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(1), 109-118.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. (2567). นโยบายและยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564).
- สุทัศน์ เสียมไหม, ชวนากร ศรีปรำรงค์, พยงค์ เทพอักษร, และเอกรินทร์ ลัดเลี้ยว. (2564). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเลเกาะบุโหลน จังหวัดสตูล. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 93-109.
- สุนันท์ ศรีประจันต์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.
- อภิญา ขอบงาม, ภิรัตน์ สังค, ดุชนิย์ สุวรรณคง, ต้ม บุญรอด, และชำนาญ ชินสีห์. (2566). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มหวานในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(6), 1066-1075.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2



- Apinonkul, B., Soonthorndhada, K., Vapattanawong, P., Aekplakorn, W., & Jagger, C. (2015). Gender differences in health expectancies across the disablement process among older Thais. *PLOS ONE*, 10(3), Article e0121310.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). *Social relationships and health*. Science, 241(4865), 540-545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Mintel. (2023). *Over half of Thais want to eat healthily but budgets create barriers*. <https://www.mintel.com/press-centre/mintel-over-half-of-thai-consumers-are-committed-to-taking-healthy-eating-into-their-own-hands-but-budgets-create-barriers/>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763-1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- World Health Organization. (2024). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>