บทความวิจัย

วิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

Lifestyle in Health in Community Tambol Bangchalong, Bangplee District, Samutprakan Province

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (Jariyawat Kompayak)*
กนกพร นทีธนสมบัติ (Kanokporn Nateetanasombat) **
ทวีศักดิ์ กสิผล (Taweesak Kasiphol)**
กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม (Kamontip Khungtumneam)***
ชฎาภา ประเสริฐทรง (Chadapa Prasertsong)***
นภาพร แก้วนิมิตชัย (Napaporn Kaewnimitchai)***
วนิดา ดุรงค์ฤทธิ์ชัย (Vanida Durongrittichai)*

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเลือกเชิงระบบแบบจัดชั้นจากประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อาศัยประจำอยู่ในชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 418 คน และบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนซึ่งเลือกอย่างเจาะจง จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีแต่มีการออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ด้านการรักษาพยาบาลและดูแลตนเองเมื่อมีอาการเล็กน้อย ซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 50.47 เมื่อมีอาการมากขึ้นไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 37.32 มีการใช้ยาสมุนไพรเป็นประจำ ร้อยละ 80.00 ใช้ยาแก้ปวดลดไข้เมื่อจำเป็น ร้อยละ 96.67 ด้านการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มากที่สุด ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และด้านการฟื้นฟูสภาพ ($p > .05$)

คำสำคัญ: วิถีชีวิตด้านสุขภาพ ชุมชน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Abstract

This research aimed to study lifestyle in health, factors related to lifestyle in health. Samples were people aged over 35 years old and living in community more than 5 years. Four hundred eighteen samples were recruited by the stratified systematic random sampling and ten samples were recruited by purposive sampling. Data correcting by the questionnaire and the in-depth interview guideline. Descriptive statistics, Pearson Correlation, and Spearman Correlation had been used as data analysis. The results found that 418 samples had overall lifestyle in health promotion in the good level, whereas the exercise was in the moderate level. The prevention of illness and accident was in the good level. The medical care and self-care were found that buying medication for their mild illness was 50.47%. Going to Tambon Health Promoting hospital for their severely illness was 37.32%. The herbal medicine was used regularly (80%). Approximately 96.67% used analgesic drugs as needed medicine. The rehabilitation after chronic illness consisted of doing by advising of the doctors. Predisposing factors, Enabling factors, and Reinforcing factors had statistically significant related with health promotion, ill and accidental prevention at p-value < .01 whereas these factors had on statistically significant related with medical care and self care, and rehabilitation at p-value > .05

Keywords: Lifestyle in health, Community, Predisposing Enabling and Reinforcing factors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิถีชีวิตเป็นรูปแบบของการดำเนินชีวิตที่เป็นพลวัต มีผลสืบเนื่องมาจากความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมและประเพณีของคนในแต่ละสังคม แล้วแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในมิติประชากร เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ (Spaargaren & VanVliet, 2000) วิถีชีวิตด้านสุขภาพ เป็นมิติหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมนั้น ได้แก่ วิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ปัจจุบันเชื่อว่าวิถีชีวิตด้านสุขภาพของแต่ละชุมชนเกิดจากวิธีการจัดการด้วยตนเองตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมสังคม และสิ่งแวดล้อมของชุมชนนั้น ๆ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดีของคนในชุมชน (Kessler & Alverson, 2013) จากกระแสการพัฒนาที่นำสู่ภาวะความทันสมัย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตด้านสุขภาพเป็นแบบบริโภคนิยมและวัตถุนิยม

ครอบครัวเป็นระบบย่อยของสังคม เมื่อสังคมมีการเปลี่ยนแปลงจึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวซึ่งเป็นแกนหลักในการดำเนินวิถีชีวิตด้านสุขภาพของบุคคล ทั้งวิถีการบริโภค การทำงาน การออกกำลังกาย การพักผ่อน จึงพบแบบแผนการเจ็บป่วยโรคและการตายเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554) โดยเฉพาะปัจจัยสุขภาพด้านลบ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ที่สามารถป้องกันได้ด้วยการมีวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพฤติกรรมโดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย ดังนั้นสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2554) จึงได้เสนอประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งรัดเพื่อป้องกันและแก้ไขวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนที่เห็นได้ชัดเจนว่าเกิดจากการขาดความตระหนักรู้และละเลยถึงความรุนแรงของปัญหา โรค วิถีชีวิต โดยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและถูกต้องทั้งในกลุ่มคนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ภายใต้นโยบายระดับชาติและระดับพื้นที่ ด้วยการกำหนดนโยบายสาธารณะ ยุทธศาสตร์การพัฒนา การบริหารจัดการ แผนงาน โครงการ ระบบงาน การบริหารทรัพยากร การพัฒนาระบบข้อมูลและระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน จะต้องใช้วิถีชีวิตด้านสุขภาพของคนในชุมชนเป็นฐานคิดของการพัฒนา เพราะวิถีชีวิตด้านสุขภาพเป็นทั้งตัวป้อน กระบวนการ และผลลัพธ์ที่สะท้อนปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนวัยต่าง ๆ ที่มีสุขภาพหลากหลายอย่างเป็นพลวัต

การดำเนินวิถีชีวิตด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลหลายอย่าง สอดคล้องกับโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Jewkes, Sen, & Garcia-Moreno, 2002) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมถูกกำหนดโดยพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์การ ชุมชน และนโยบายสาธารณะ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลภายใต้สภาพแวดล้อม กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) อธิบายแนวคิดในทำนองเดียวกันว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยอย่างน้อย 3 กลุ่ม ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มปัจจัยนำ (Predisposing factors) คือ ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม ความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติในเรื่องนั้น รวมถึงคุณลักษณะทางประชากรของแต่ละบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น กลุ่มปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ความพร้อมของการบริการสุขภาพ ความสะดวกในการไปใช้บริการสุขภาพ กฎ ระเบียบและกฎหมายที่ชี้นำให้เกิดการปฏิบัติตาม เป็นต้น และกลุ่มปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) คือ ปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการปฏิบัติ ซึ่งอาจสนับสนุนจูงใจให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น คำชมเชยจากเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ การลอกเลียนหรือปฏิบัติตามแบบอย่าง เป็นต้น ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งในบทบาทคณะวิชาด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ ควรมีการให้บริการวิชาการด้านสุขภาพโดยตรงในพื้นที่ดังกล่าวเพื่อเป้าหมายตอบสนองความต้องการการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ทำให้ชุมชนเข้าใจและภาคภูมิใจในวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของตน ในบริบทของตำบลบางโฉลง (องค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง, 2011) มีการเปลี่ยนผ่านจากชุมชนชนบทเกษตรกรรม เป็นชุมชนเมืองอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีประชากรหนาแน่น ประชากรแฝงมาก มีโรงงานอุตสาหกรรมหลากหลาย มีหมู่บ้านจัดสรรและอาคารพาณิชย์ การเปลี่ยนแปลงนี้ย่อมทำให้วิถีชีวิตทั่วไปและวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนเปลี่ยนไป คณะพยาบาลศาสตร์ จึงตระหนักถึงความร่วมมือที่จะให้การดูแลและพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ตรงกับความต้องการของชุมชนด้วยการศึกษาถึงวิถีชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีแนวคิดในการศึกษาวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากปัจจัย 3 กลุ่ม ตามแนวคิดของกรีนและคูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ซึ่งเชื่อว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลหลักที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลบางโฉลงให้สู่ความยั่งยืนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. วิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

สมมุติฐานในการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชน ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ประชาชน ตำบลบางโฉลง ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปและอาศัยประจำในชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งมีจำนวน 6,845 คน และบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนได้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเอกชนในชุมชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง

(1) ประชาชน กำหนดขนาดและการเลือกจากประชากร (N) โดยให้โอกาส (p_i) ที่จะมีการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ประมาณร้อยละ 50 คำนวณขนาดตัวอย่าง (n) จากสูตร One-sample proportion test (Rosner, 2010) ได้ขนาดตัวอย่างน้อยที่สุด 367 คน การเลือกใช้วิธีการเชิงระบบแบบจัดชั้น คือ จัดกลุ่มชุมชนตามขนาดประชากรเป็น 4 กลุ่ม สุ่มเลือกชุมชนในแต่ละกลุ่มตามสัดส่วนประชากรและเก็บข้อมูลเชิงระบบรวมจำนวน 418 คน

(2) บุคคลที่เกี่ยวข้อง เลือกอย่างเจาะจง ตัวอย่างละ 1-2 คน รวม 10 คน

เครื่องมือ ประกอบด้วย

(1) แบบบันทึกลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชน เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 15 ข้อ

(2) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 แนวคำถาม

(3) แบบสอบถามวิถีชีวิตด้านสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัว ภาวะสุขภาพและการดูแล 35 ข้อ ข้อมูลวิถีชีวิตด้านสุขภาพ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ 37 ข้อ และการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ 14 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้ตอบตามความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ จากปฏิบัติประจำ ทุกวันถึงไม่เคยปฏิบัติเลย คิดเป็นค่าคะแนน 1-5 การแปลผลคิดจากค่าคะแนนเฉลี่ย คือ ปฏิบัติระดับดี ปานกลาง และต่ำ การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง 4 ข้อ การฟื้นฟูสภาพ 2 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบการปฏิบัติในช่องว่างโดยอิสระ

(4) แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ **ปัจจัยนำ** คือ ความรู้ และเจตคติ ด้านความรู้ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกคำตอบว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง รวม 21 ข้อ ถ้าตอบถูกให้คะแนน 1 ตอบไม่ถูกให้คะแนน 0 การแปลผลคิดจากค่าคะแนนเฉลี่ย คือ ระดับดี ปานกลาง และต่ำ ด้านเจตคติ เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากเห็นด้วยมากที่สุดถึงไม่เห็นด้วยเลย จำนวน 16 ข้อ แปลผลจากค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับดี ปานกลาง และต่ำ **ปัจจัยเอื้อ** เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากการเข้าถึงปัจจัยเอื้อ ง่ายที่สุดถึงไม่สามารถเข้าถึงได้เลย คิดเป็นค่าคะแนน 1-5 แปลผลจากค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับดี ปานกลาง และต่ำ **ปัจจัยเสริม** เป็นคำถามแรงจูงใจ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นปลายปิดให้เลือกตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากใช่ที่สุดถึงไม่ใช่เลย คิดเป็นค่าคะแนน 1-5 แปลผลจากค่าคะแนนเฉลี่ย คือ ระดับดี ปานกลาง และต่ำ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยนำด้านความรู้ โดย K.R.-20 เท่ากับ 0.78 ค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยนำด้านเจตคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และวิถีชีวิตด้านสุขภาพทั้งฉบับโดย α – Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าเท่ากับ 0.77, 0.72, 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขออนุญาตองค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง ประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยประชาสัมพันธ์ ขอความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างตาม

ขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิฯ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดย Pearson Product Moment Correlation Coefficient และ The Spearman Rank Difference Method สำหรับข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลและจริยธรรมวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยจึงได้ดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนในแบบยินยอมให้ข้อมูลวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2556 ตามรหัส อ.145/2556

ผลการวิจัย

ลักษณะทางกายภาพและทุนทางสังคมของชุมชนตำบลบางโฉลง มี 10 หมู่บ้าน อยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลง พื้นที่ส่วนใหญ่ของชุมชนด้านนอก ๆ อยู่ติดกับถนนบางนา-ตราด เป็นอาคารพาณิชย์ซึ่งใช้เป็นที่ค้าขายและอยู่อาศัย บางแห่งค่อนข้างแออัดด้วยยานพาหนะชนิดต่าง ๆ และประชาชนในการประกอบกิจวัตรประจำวันและสัญจรในส่วนตรอก ซอย ซึ่งอยู่ภายในมีจำนวนมากเป็นที่พักอาศัย ถ้าเป็นห้องแถวจะมีการค้าขาย มีตลาดสดและตลาดนัดกระจายทั่วไป ด้านในสุดของชุมชนมีคลองไหลผ่านหลายสาย พื้นที่เป็นบ่อกุ้ง บ่อกบ บ่อปลา และสวนผลไม้ เช่น มะม่วง กล้วยน้ำว้า ตระไคร้ บางหมู่บ้านมีโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางและที่พักอาศัยของผู้ประกอบการ มีหอพักสำหรับผู้ใช้แรงงานและนักศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่พื้นที่ใกล้เคียง เช่น จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง และตราด นับได้ว่าเป็นประชากรแฝง การคมนาคมสะดวกมียานพาหนะทั้งส่วนตัวและรับจ้างโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์จำนวนมาก

ทุนทางสังคมของชุมชน นอกจากการบริหารจัดการสาธารณูปโภคและความสะอาดเรียบร้อยขององค์การบริหารส่วนตำบลแล้ว ชุมชนมีสถานศึกษาตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงมหาวิทยาลัย มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน ด้านการบริการสุขภาพมีความสะดวกและง่ายต่อการเลือกใช้เพราะนอกจากมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว ยังมีโรงพยาบาลเอกชนในโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า 1 แห่ง มีร้านขายยาทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณ เป็นชุมชนที่ใกล้กรุงเทพมหานคร และจังหวัดชลบุรี ประชาชนจึงสามารถเลือกใช้บริการด้านสุขภาพได้ตามความต้องการ นอกจากนี้ชุมชนยังมีวัดซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวและวัฒนธรรม มีกลุ่มสตรี มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนมากที่ทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะในเรื่องของชมรมผู้สูงอายุ

ลักษณะทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 418 คน เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.92 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.58 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 41.38 (173 คน) ประกอบด้วยอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 23.69 อายุ 71-80 ปี ร้อยละ 13.39 และอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 4.30 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่แข็งแรงดี มีสถานภาพสมรสและเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 46.65) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 63.39 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 44.06 ลักษณะงานที่ทำ คือ ค้าขาย รับจ้าง มีรายได้เดือนละ 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 54.31 ส่วนใหญ่พอใช้จ่าย อยู่ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายใกล้เคียงกัน มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 83.98 รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่พอใช้จ่าย ปรุงอาหารรับประทานเอง ร้อยละ 84.92 ประเมินสุขภาพตนเองและครอบครัวว่าแข็งแรงดี แต่จากการสัมภาษณ์

พบว่ามีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ คือ ปวดศีรษะตอนเช้า ปวดขา หายใจไม่อิ่ม เวียนศีรษะ ปวดท้อง ร้อยละ 39.47 มีโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม ภูมิแพ้ ร้อยละ 39.95 มีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและรับบริการจากสถานบริการสุขภาพ โดยมีสิทธิการใช้บริการจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 68.26 และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 30.53 การออกกำลังกาย คือ เดินเล่น ร้อยละ 50.9 ได้รับจากข้อมูลข่าวสารสุขภาพ จากโทรทัศน์ ร้อยละ 54.55 วิทยุ ร้อยละ 35.17 ปัจจัยเสี่ยงในบ้านที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย คือ การเลี้ยงสุนัขและแมว ร้อยละ 72.20 อุบัติเหตุในครอบครัว คือ รถจักรยานล้ม

วิถีชีวิตด้านสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.64 รายด้าน พบว่า การพักผ่อนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ การบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและการจัดการความเครียด ส่วนการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.76 คะแนน รายข้อด้านต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน การใช้เวลาว่างเล่นกับสุนัขหรือแมว และการแยกตัวเมื่อมีความเครียด (ตาราง 1)

การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ โดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.82 มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อระดับปานกลาง คือ การออกกำลังกาย การหาความรู้ด้านสุขภาพ การเล่นกับสุนัขและแมว

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ

วิถีชีวิตด้านสุขภาพ (n = 418)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ
การสร้างเสริมสุขภาพ	3.64	1.50	ดี
การพักผ่อน	4.14	1.46	ดี
การบริโภคอาหาร	3.95	1.26	ดี
การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด	3.91	1.50	ดี
การจัดการความเครียด	3.43	1.53	ดี
การออกกำลังกาย	2.76	1.64	ปานกลาง
การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	3.82	1.23	ดี
การป้องกันการเจ็บป่วย	3.96	1.09	ดี
การป้องกันอุบัติเหตุ	3.68	1.37	ดี

การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 50.47 และไปคลินิกใกล้บ้าน การเจ็บป่วยที่ตนเองและครอบครัวประเมินว่ามากจึงไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ และอื่น ๆ ตามที่เคยไปหรือสะดวก ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคดูแลตนเองและรับประทานยาตามคำแนะนำ ชุมชนมีการใช้ยาสมุนไพร ร้อยละ 80.00 ยาลดกรด ร้อยละ 20.00 มีการใช้ยาแก้ปวดลดไข้พาราเซทตามอลในครอบครัว ร้อยละ 96.67 (ตาราง 2)

การฟื้นฟูสภาพ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยหลีกเลี่ยง/ควบคุมอาหาร การรับประทานยาตามสั่ง การพบแพทย์ตามนัด ออกกำลังกาย ทำใจให้สงบ พักผ่อน และใช้ยานวดบริเวณที่ปวด

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิถีชีวิตการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ

วิถีชีวิตด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง (n = 418) เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย		
ซื้อยารับประทานเองและใช้ยาเดิม	236	56.45
ไปคลินิกแพทย์ใกล้บ้าน	71	16.98
พักผ่อน งดทำงานหนัก อาหารอ่อน ออกกำลังกาย	61	14.61
ดูแลตนเองทั่ว ๆ ไป ใช้สมุนไพร	25	5.98
เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้น		
ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	156	37.32
ไปโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่	128	30.63
ไปโรงพยาบาลรัฐบาล	79	18.90
ไปคลินิก ร้านขายยา	55	13.15
การฟื้นฟูสภาพ (n = 167)		
หลีกเลี่ยง/ควบคุมอาหาร	54	32.20
ออกกำลังกาย	24	14.37
รับประทานยาให้ถูกต้อง	23	14.76
พบแพทย์ตามนัด	21	12.56
อื่น ๆ (ทำใจให้สงบ พักผ่อน นวดแผนไทย ใช้ยานวด)	45	26.13

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

ปัจจัยนำด้านความรู้ โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 0.56 รายด้านทุกด้านอยู่ระดับปานกลาง สำหรับรายข้อที่มีความรู้ระดับต่ำ คือ การใช้ยาปฏิชีวนะ การนวดแผนไทย ปัจจัยนำด้านเจตคติ โดยรวมอยู่ระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.34 รายด้านทุกด้านอยู่ระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสร้างเสริมสุขภาพน้อยที่สุด

ปัจจัยเอื้อ โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.08 เช่นเดียวกับรายด้าน ทั้งนี้รายข้อการใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับมาก

ปัจจัยเสริม โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.09

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ (ตาราง 3) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p>.05$ (ตาราง 4)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	n	r	p
ปัจจัยนำ			
ความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	.04**	<.01
ความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	.03**	<.01
เจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	.06**	<.01
เจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	.05**	<.01
ปัจจัยเอื้อ เกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	.07**	<.01
ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	.06**	<.01
ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	418	.07**	<.01
ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับวิถีชีวิตด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ	418	.03**	<.01

**p < .01

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนแรงค์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับวิถีชีวิตการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ	n	r	p
ปัจจัยนำ			
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	418	.24	.08
ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ	167	.32	.06
เจตคติเกี่ยวกับรักษาพยาบาล	418	.24	.08
เจตคติเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ	167	.25	.18
ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	418	.03	.07
ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ	167	.06	.08
ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	418	.01	.07
ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ	167	.22	.06

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐาน ดังนี้

1. วิถีชีวิตด้านสุขภาพ : ระดับดีบ้าง ปานกลางบ้าง ต่ำบ้าง คละเคล้ากันไป

1.1 จากการที่พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับดี แต่ในการปฏิบัติบางอย่างอยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย การเล่นกับสุนัขและแมว การรับประทานอาหารรสหวาน เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปของคนไทยที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำน้อยและไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ถูกต้องด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ (2549) สำหรับชุมชนนี้กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีการออกกำลังกายโดยเดินเล่นร้อยละ 50.96 ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ และแพทย์แนะนำให้มีการเดินเล่น ซึ่งเหมาะกับภาวการณ์เจ็บป่วยมากกว่าการออกกำลังกาย โดยบริบททางกายภาพของชุมชนที่ไกลจากถนนสายหลัก ยังมีพื้นที่ว่าง มีพื้นที่เกษตรกรรมที่เดินเล่น หรือเดินออกกำลังกายได้ จากผลการศึกษานี้ อบต. กับ รพ.สต. และผู้นำชุมชนควรพิจารณาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายให้มีความสมบูรณ์ในลักษณะการเป็นหุ้นส่วนกันของชุมชน (เสาวลักษณ์ ขันยม สมหมาย เมฆเสน และนาตยา ขันเชียง, 2552) เพื่อให้คนในชุมชนส่วนใหญ่สามารถเข้าใช้บริการได้ ทั้งนี้ในความคิดเห็น อสม. ได้เสนอความต้องการนี้ไว้เช่นกัน แต่เน้นประชากรผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีประมาณร้อยละ 42 ส่วนหนึ่งอยู่บ้าน และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนมากขึ้น

การเล่นกับสุนัขและแมวที่เลี้ยงไว้ถึงร้อยละ 72.22 ถือว่าเป็นการพักผ่อน ในสภาพจริงของสังคมไทยปัจจุบันมีการเลี้ยงสุนัขและแมวค่อนข้างมาก อาจด้วยความน่ารัก ความมีเมตตาต่อสัตว์ เลี้ยงไว้เป็นเพื่อน และใช้ประโยชน์สุนัขเพื่อเฝ้าบ้านตามบริบทของชุมชนนี้ที่ส่วนหนึ่งเป็นเกษตรกรมีสวนผลไม้ เลี้ยงกุ้ง ปลา และกบ แต่สัตว์ทั้ง 2 ชนิด เป็นพาหะนำของโรคพิษสุนัขบ้าที่มีความรุนแรงของโรคสูงมาก จึงควรให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับโรค วัคซีนป้องกันโรค (ศุภชัย ฤกษ์งาน, 2555) และเสนอให้ อบต. นำสัตวแพทย์เข้ามาฉีดวัคซีนให้กับสุนัขและแมวที่เลี้ยงไว้และที่จรจัดอยู่ในชุมชน

การบริโภคอาหารรสหวานยังคงเป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยอีกเช่นกัน ทั้งนี้หน่วยงานด้านสุขภาพมีการรณรงค์ให้ลดการบริโภคเนื่องจากเป็นปัจจัยสาเหตุของโรคหลายชนิด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554) จึงควรมีการดำเนินการในชุมชนนี้ ซึ่งน่าจะเป็นโอกาสที่ดีสามารถปฏิบัติได้ เนื่องจากครอบครัวมีการปรุงอาหารรับประทานเองถึง ร้อยละ 84.92 และควรมีการรณรงค์ในโรงเรียนด้วย เนื่องจากปัจจุบันพบว่าเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ซึ่งการบริโภคน้ำตาลน่าจะเป็นปัจจัยอย่างหนึ่ง

1.2 วิถีชีวิตด้านสุขภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุโดยรวมอยู่ในระดับดีเช่นกัน ที่น่าสนใจคือ เรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง จึงเป็นการย้ำการศึกษาต่อยอดเพื่อพิจารณาหารูปแบบ วิธีการหรือกระบวนการในการที่จะพัฒนาพฤติกรรมการออกกำลังกายให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติเป็นนิสัยอย่างเหมาะสมแต่ละช่วงวัย (ศุภชัย ฤกษ์งาม, 2555) ทั้งนี้สอดคล้องกับความคิดของผู้เกี่ยวข้องที่เสนอให้มีลานกีฬาเพื่อใช้ในการออกกำลังกายของประชาชนทุกวัย

การป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี เนื่องจากมีการรณรงค์เพื่อความปลอดภัยจาก อบต. อยู่แล้ว แต่การหาความรู้เพื่อป้องกันอุบัติเหตุอยู่ระดับปานกลาง จึงควรมีการให้ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุและการดูแลช่วยเหลือปฐมพยาบาล อาจเริ่มจาก อบต. ครูในโรงเรียนเพื่อถ่ายทอดสู่นักเรียน เนื่องจากอุบัติเหตุสามารถป้องกันไม่ให้เกิดหรือลดความรุนแรงได้ (วิจิตร บุณยโหตระ, 2536)

1.3 การซื้อยารับประทานเอง เป็นการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองเบื้องต้นที่พบประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.47) และอีกร้อยละ 5.98 รับประทานยาเดิมที่มีอยู่ ซึ่งการใช้ยาถ้ามีความถูกต้องควรให้การสนับสนุนเพราะสะดวก เข้าถึงง่าย ไม่เสียเวลา และชุมชนเองมีร้านขายยาแผนปัจจุบันจำนวนมาก เภสัชกรประจำร้านขายยาต้องให้ความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้ใช้บริการทุกคน ทุกครั้ง สำหรับการเจ็บป่วยเมื่อมีมากขึ้นจะไปสถานพยาบาลเดิมโดยเฉพาะผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 68.26) ซึ่งเป็นความถูกต้อง ปัจจุบันชุมชนมีการใช้ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร การนวดแผนไทย ซึ่งเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุน ดังนั้นในการให้บริการสุขภาพ บุคลากรที่ให้บริการควรให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาด้วย

1.4 โรคเรื้อรังที่พบ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเกาท์ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ มีการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ เช่น ควบคุมอาหาร พักผ่อน ทำจิตใจให้สงบ รับประทานยาตามสั่งและพบแพทย์ตามนัด การศึกษาครั้งนี้จึงไม่พบภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ อย่างไรก็ตามการจัดการบริการสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพในโรคเรื้อรังควรเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง (มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ, 2556) และดูแลครอบครัว (รัชนี นามจันทรา, 2552) โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม การศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้พิการแต่การศึกษาของเจตจรรยา บุญญกูล (2557) พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งและใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูสภาพ จึงเห็นควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ต่อไป

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านสุขภาพ: ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสำคัญทุกปัจจัย

2.1 จากการที่พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และปัจจัยด้านเจตคติอยู่ระดับดีนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุสูงสุด น่าจะเป็นเพราะว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม เห็นได้ชัดเจนจากสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะโทรทัศน์ที่ชุมชนนี้ได้รับข่าวสารสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 54.55) และเหตุการณ์อุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจหาความรู้ ส่วนความรู้ที่พบในระดับต่ำ คือ การใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลไม่เคยใช้ยาปฏิชีวนะมาก่อน เพราะการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และอาจไม่ได้สนใจต่อสื่อโทรทัศน์หรือวิทยุที่ได้รับ ดังนั้นจึงควรมีการ

จัดการให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องในชุมชนด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพราะความรู้นั้นสามารถรักษาโรคได้ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2542) สำหรับการมีเจตคติที่ดีนั้นพบว่าการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเช่นกัน จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญจริง ๆ ซึ่งน่าสนใจเพราะการสร้างเจตคตินั้นมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากกว่าการพัฒนาความรู้และต้องใช้ฐานจากความรู้เพื่อช่วยให้นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง (ธาริณี กาญจนวัลย์, 2551)

2.2 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอยู่ระดับปานกลาง ยกเว้นสถานบริการเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าชุมชนมีความพร้อมของทุนทางสังคมด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่ง อบต. ผู้นำชุมชน และประชาชนจึงควรร่วมกันพิจารณาปัญหาและความต้องการปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่เหมาะสม มีความเพียงพอ สะดวก และสามารถเข้าถึงได้ (Green and Kreuter, 1999) อย่างไรก็ตามที่พบว่าปัจจัยเสริมในการเป็นแบบอย่างของบุคคลในครอบครัวด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดนั้นเป็นเรื่องที่ดีควรจรรโลงไว้เพื่อความปลอดภัยและสามารถพัฒนาให้เป็นแบบอย่างของชุมชนต่อไป (บันเทิง สุพรรณี พูนสุข ช่วยทอง สุปรียา ตันสกุล และวงเดือน ปั้นดี, 2555)

2.3 ปัจจัยนำ (ความรู้และเจตคติ) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพ

วิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ เป็นวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ประชาชนทั่วไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ขณะที่ไม่มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอาจโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจซึ่งสามารถถ่ายทอดจากบุคคลสู่บุคคล จากบุคคลสู่กลุ่ม จากครอบครัวสู่บุคคล และจากครอบครัวสู่ชุมชน หรือชุมชนสู่ครอบคัว สู่บุคคลเป็นการถ่ายทอดเชิงความรู้ ทัศนคติ และวัฒนธรรมได้ทั้งนั้น และการซึมซับความรู้ ทัศนคติที่ถูกต้องทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย (นิยพรรณ ผลวัฒนะวรรณศรี, 2540) นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพยังได้ให้ความสำคัญกับมิติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุอย่างมาก เห็นได้จากการเพิ่มงบประมาณ มีการรณรงค์ด้วยกิจกรรมและสื่อที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2553) เพื่อมิให้เกิดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ดังนั้นสื่อจากโทรทัศน์และวิทยุที่ได้รับจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเพิ่มขึ้น เกิดเป็นความรู้และเจตคติที่ดี ส่งผลให้มองเห็นว่าชุมชนควรมีปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อวิถีชีวิต การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุในชุมชน จากเหตุผลข้างต้น ความรู้ เจตคติ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมจึงมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานส่วนหนึ่ง

สำหรับวิถีชีวิตด้านการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองและวิถีชีวิตการฟื้นฟูสภาพ จากกลุ่มตัวอย่าง 418 คน มีการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมีการฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วย ร้อยละ 39.95 (167 คน) นั้น ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน วิถีชีวิตด้านสุขภาพจึงเป็นการดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยเฉพาะการไปตรวจตามนัดที่สถานบริการสุขภาพเดิมและรับยาเดิม (ตาราง 2) ซึ่งมีความสะดวกและคุ้นเคย กลุ่มตัวอย่างจึงเห็นว่าปัจจัยเอื้อของสถานบริการสุขภาพอยู่ในระดับมากตามบริบทและทุนทางสังคมของชุมชน เนื่องจากในชุมชนมีสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนและยังมีในพื้นที่ใกล้เคียงรวมทั้งกรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตามเมื่อถามถึงความรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่น่าจะมีความจำเป็นต้องใช้ เนื่องจากโรคที่เป็นเกือบทั้งหมดเป็นโรคเรื้อรังดังกล่าวแล้ว จึงพบว่ามีความรู้เรื่องนี้อยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยเสริมด้านแรงจูงใจเพื่อให้มีการปฏิบัติการรักษาพยาบาลและดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างมีการพึ่งพาตนเองได้สูง ความต้องการให้ครอบครัวหรือบุคลากร

สุขภาพให้แรงสนับสนุนจึงมีไม่มากนัก ทั้งที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับพฤติกรรมการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย (รัชนี นามจันทรา, 2552) จึงเป็นเหตุผลให้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานส่วนหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เนื่องจากวิถีชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ จึงควรมีการศึกษาเพื่อสร้างรูปแบบ / แบบจำลอง / กระบวนการในการพัฒนาวิถีการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือเป็นหุ้นส่วนสุขภาพกับชุมชน

1.2 จากการที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปี ในชุมชนมากกว่า ร้อยละ 40 และส่วนหนึ่งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงควรมีการวิเคราะห์ประเด็นสุขภาพ และวิถีชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนที่อายุมากกว่า 60 ปี ในชุมชนโดยละเอียด

2. การวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ โดยปัจจัยนำได้เลือกมาเฉพาะความรู้และเจตคติ จึงควรมีการนำตัวแปร ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ทางสุขภาพมาศึกษาเพิ่มด้วย สำหรับปัจจัยเอื้อควรศึกษาทรัพยากรที่มีอยู่และการเข้าถึงทรัพยากรนั้น ๆ ส่วนปัจจัยเสริมควรเพิ่มกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อให้ได้แนวทางในการดำเนินการพัฒนาวิถีชีวิตด้านสุขภาพได้ชัดเจนและเหมาะสมขึ้น

2.2 เครื่องมือประเมินวิถีชีวิตด้านสุขภาพในส่วนของการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ซึ่งการศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการประเมินความถี่ของการปฏิบัติเช่นเดียวกับในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ เพื่อวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้ทราบระดับการปฏิบัติที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2542). การให้การพยาบาลด้วยการสอนสุขภาพ *วารสารสภาการพยาบาล, 14*(3), 1 – 9. (2553). แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย *(บรรณาธิการ), การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิดหลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1-20) กรุงเทพฯ: คอมเมอร์เชียล เวิลด์ มีเดีย.

เจตจรรยา บุญญกูล. (2557). *รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ* วิทยานิพนธ์พย.ม. (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ธาริณี กาญจนวัลย์. (2551). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม* วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.

บันเทิง สุพรรณ์ และคณะ. (2555). ปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้สูงอายุในจังหวัดศรีษะเกษ *การประชุมวิชาการระดับชาติเพื่อการพัฒนาด้านการวิจัยอย่างยั่งยืน ระหว่างวันที่ 25-26 ธันวาคม 2555 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*

มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation)* กรุงเทพฯ: พรีเมี่ยม เอ็กซ์เพรส.

รัชนี นามจันทรา. (2552). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง : รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย *วารสารสภาการพยาบาล, 24*(1), 1 – 10.

วิจิตร บุณยะโหตระ. (2536). *อุบัติภัย.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: นวกนก.

ศุภชัย ฤกษ์งาน. (2555). การป้องกันและควบคุมโรค. *ในเอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุขทั่วไป หน่วยที่ 5 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช* (พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 287 – 335) : นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ. (2549). การศึกษาผลสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิมไทย. *จุฬาสัมพันธ์, 49*(10), 13.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2554). *สุขภาพคนไทย 2554.* กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนพับลิชชิ่ง.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2555). *คาดการณ์ระบบสุขภาพในทศวรรษหน้า.* กรุงเทพฯ: สามดีพริ้นติ้งอีควิปเมนท์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563* จาก : http://bps.ops.moph.go.th/THLSP2001-2020/cabinet 8march2001.

เสาวลักษณ์ ขันยม, สมหมาย เมฆแสน และนาตยา ขันเชียง (2552). *การวิจัยกระบวนการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของประชาชนวัยแรงงานบ้านนาหวาย อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน* (เอกสารเย็บเล่ม).

Rosner, B (2010). *Fundamentals of Biostatistic* 7th ed. Boston: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Green. L. W. & Kreuter. M. W (1999). *Health promotion planning : An educational and ecological approach* 3rd ed. California: Mayfield.

Jewkes, R., Sen, P. & Garcia-Moreno, C. (2002). *The Ecological model.* Access from : www.Etfalliance.org/images/inititationves/cdc.

Kessler, A. & Alverson M. E. (2013). Influence of lifestyle, health behavior and health indices on the health status of underserved adults *Journal of the American Association of Nurse Practitioners 25*(12), 674-681.

Spaargaren, G. & VanVliet. B. (2000). Lifestyle, consumption and the environment : The ecological modernization of domestic consumption *Environmental Politics, 9*(1), 50-75.