



ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

HEALTH LITERACY FACTORS INFLUENCING ON HEALTH BEHAVIOR OF POPULATION IN BUENG KAN PROVINCE

ภมร ตรุณ ประกันชัย ไกรรัตน์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนจังหวัดบึงกาฬที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 13,265 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ มีพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.3 ($R^2=0.273$) ดังนั้น ควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองก่อนเป็นลำดับแรกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ



Abstract

This cross-sectional analytic research were to study health literacy level, health behavior level, health literacy factors influencing on health behavior level of population in Bueng Kan Province. The samples were 13,265 people aged 15 years and above in Bueng Kan Province. Data collection was performed by questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics using frequency, percentage, mean, standard deviation. Inferential statistics using multiple regression analysis was applied to analyze the influence of health literacy factors on health behavior level. The results revealed that the average overall health literacy of the samples was at fair level. The average health behavior was at good level. Health literacy factors influencing on health behavior comprised 6 components sorted by weight of regression coefficient, including self-management, access to health information and service, right decision, media and information literacy, health cognition, health communication. All 6 variables can predict health behavior level of the samples accounted for 27.3% ($R^2=0.273$). Therefore, people in Bueng Kan Province should be developed in first priority on self-management skill for health behavior modification.

Keywords : health literacy, health behavior



บทนำ

สังคมไทยในยุคปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าขึ้นเป็นอย่างมาก มีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย มีการแข่งขันทางเศรษฐกิจที่สูง ทำให้ประชาชนคนรุ่นใหม่มีความเคร่งเครียด กตสัน เกร็งเครียดในชีวิตประจำวัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีความเครียดรับประทานอาหารแบบจานด่วนมากขึ้น บริโภคผัก ผลไม้ และอาหารตามธรรมชาติลดลง รวมไปถึงการดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียดที่มากขึ้น จากการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตาม 3๐2ส ของคนไทยในปี พ.ศ. 2558 พบว่าคนไทยวัยทำงาน มีพฤติกรรมเสี่ยงใน 6 พฤติกรรม ตามลำดับ คือ (1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมที่คนไทยเสี่ยงมากที่สุด คือ พฤติกรรมไม่บริโภคผักและผลไม้อย่างน้อยครั้งก็โลกรัมหรือ 5 กำมือต่อวัน ร้อยละ 81.3 (2) พฤติกรรมสูขอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุด คือ ไม่ใช้ช้อนกลางและพฤติกรรมไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนกินอาหาร ร้อยละ 62.2 (3) พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุด คือ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 41.8 (4) พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงมากที่สุด คือ รู้สึกคิดมากหรือกังวลใจจนทำให้อนอนไม่หลับ ร้อยละ 27.5 (5) พฤติกรรมการดื่มสุรา คนไทยมีพฤติกรรมการดื่มสุราทุกชนิด ร้อยละ 22.9 (6) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ คนไทยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.9 (สุภาวิณี แสงเรือน, 2559) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหมดที่กล่าวมาทำให้คนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีอัตราป่วยด้วยโรคดังกล่าวคิดเป็น 7,400.8, 15,605.4, 533.3 และ 660.5 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ในปี 2561 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และคนไทยมีแนวโน้มเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น โดยเป็นสาเหตุการตายในลำดับที่ 1, 2 และ 4 ตามลำดับในปี 2560

คิดเป็นอัตรารตาย 117.6, 47.8 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งหลายเกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (Nutbeam, 2000; Pleasant & Kuruville, 2008) บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะประสบปัญหาในการดูแลสุขภาพของตนเองและมีสถานะสุขภาพที่ไม่ดี มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และต้องใช้บริการสุขภาพหรือเข้าโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น (Mancuso, 2008; Martin et al., 2009) จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่อง 3๐2ส ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 39.0 และระดับดีมากมีเพียงร้อยละ 1.6 (สำนักงานเลขาธิการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2559) แสดงให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน ทำให้คนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เป็นปัญหาสำคัญที่สังคมไทยต้องให้ความตระหนักและหาแนวทางป้องกันแก้ไขต่อไป

จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 8 อำเภอ 53 ตำบล 617 หมู่บ้าน ข้อมูลปี 2561 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 424,211 คน เป็นประชากรในวัยทำงานขึ้นไป (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จำนวน 340,894 คน ประชาชนส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคสำคัญ 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะลำไส้ อักเสบ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคกล้ามเนื้อ อักเสบ ตามลำดับ มีสาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดบวม โรคติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคเบาหวาน ตามลำดับ



(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ, 2562) จะเห็นได้ว่าประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีแนวโน้มเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรม 3อ2ส ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ กินอาหารรสจัด ไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดกังวล รวมไปถึงการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬอย่างเป็นทางการ ทำให้ขาดข้อมูลที่จะสนับสนุนการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนจังหวัดบึงกาฬอันเนื่องมาจากพฤติกรรมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนจังหวัดบึงกาฬต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2สของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2สของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ

กรอบแนวคิด

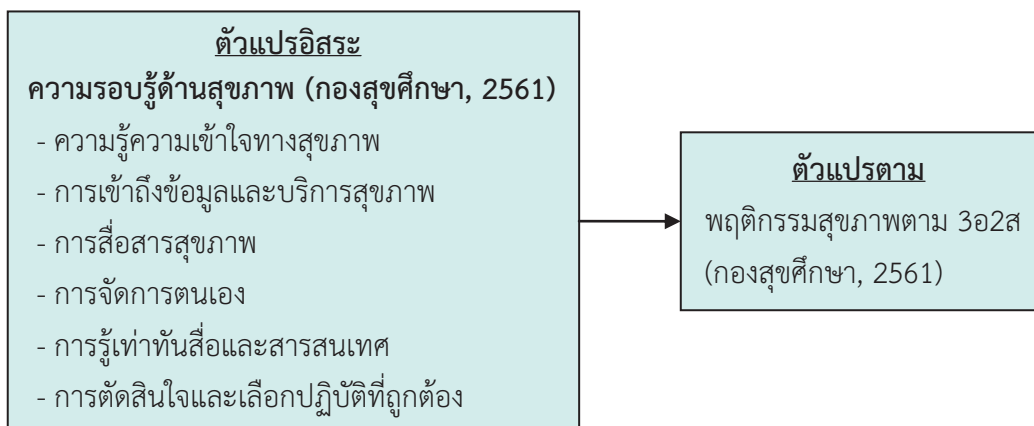
ผู้วิจัยได้นำแนวคิดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา (2561) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มากำหนดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส แสดงดังภาพที่ 1

สมมติฐาน

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด 6 องค์ประกอบ มีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2สของกลุ่มตัวอย่างได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สามารถนำปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2สไปใช้พัฒนาประชาชนจังหวัดบึงกาฬตามประเด็นที่ขาดได้ ซึ่งจะทำให้ประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research) ทำการศึกษาอยู่ในช่วงเดือนกรกฎาคม – เดือนตุลาคม 2561 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แนวคิด 3อ2ส ของกอง สุขศึกษา ในการวัดพฤติกรรม ได้แก่ การกินอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีอารมณ์แจ่มใส การไม่ดื่มสุรา และการไม่สูบบุหรี่ (กองสุขศึกษา, 2561)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ประชาชนจังหวัดบึงกาฬที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 340,894 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรร้อยละสำหรับการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีเกณฑ์ประชากรมากกว่าหลักหมื่นใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1-5 (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2540) งานวิจัยนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4 ของประชากรทั้งหมด 340,894 คน คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 13,636 คน การสุ่ม

ตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster sampling) ขั้นตอนแรก สุ่มหมู่บ้านร้อยละ 25 จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดที่มีอยู่ในอำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ทำการสุ่มทุกอำเภอทั้ง 8 อำเภอในจังหวัดบึงกาฬ ขั้นตอนต่อมา สุ่มเลือกประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน ต่อหมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่วางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 15,100 คน แสดงดังตารางที่ 1

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา (2561) ประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (5 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ2ส (6 ข้อ)

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ2ส (10 ข้อ)

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ2ส (3 ข้อ)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส (6 ข้อ)

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬอายุ 15 ปีขึ้นไป แยกรายอำเภอในจังหวัดบึงกาฬ

อำเภอ	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	จำนวนตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ 25 ของจำนวนหมู่บ้าน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เมือง	75,202	12	131	32	3,200
เซกา	70,011	9	136	34	3,400
โซพิสัย	59,848	7	95	23	2,300
พรเจริญ	32,305	7	58	14	1,400
ปากคาด	28,617	6	64	16	1,600
บึงโขงหลง	31,135	4	57	14	1,400
ศรีวิไล	33,084	5	51	12	1,200
บุ่งคล้า	10,692	3	25	6	600
รวม	340,894	53	617	151	15,100



ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามมาตรฐานนี้โดยมีได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระหรือข้อความแต่อย่างใดเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดบึงกาฬ

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้แจกแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 15,100 ฉบับ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดส่งคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ติดตามแบบสอบถามที่ตอบกลับและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามสรุปมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 13,265 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 87.85 ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาทำการบันทึกให้รหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ของกอง สุขศึกษา (2561) ดังนี้

0.00 – 40.79 คะแนน หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส. ไม่ดี

40.80 – 47.59 คะแนน หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส. พอใช้

47.60 – 54.39 คะแนน หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส. ดี

54.40 – 68.00 คะแนน หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส. ดีมาก

การวิเคราะห์ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ของกอง สุขศึกษา (2561) ดังนี้

0.00 – 17.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ไม่ดี

18.00 – 20.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. พอใช้

21.00 – 23.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ดี

24.00 – 30.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ดีมาก

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 7,713 คน (ร้อยละ 58.1) มีอายุระหว่าง 48-59 ปี พบมากที่สุดจำนวน 4,061 คน (ร้อยละ 30.6) รองลงมาคืออายุระหว่าง 37-47 ปี จำนวน 3,560 คน (ร้อยละ 26.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 9,871 คน (ร้อยละ 74.4) รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 1,944 คน (ร้อยละ 14.6) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 7,295 คน (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 2,547 คน (ร้อยละ 19.2) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน (ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป) จำนวน 9,805 คน (ร้อยละ 73.9) รองลงมาไม่มีอาชีพ/ทำงานบ้าน จำนวน 1,067 คน (ร้อยละ 8.0) ดังตารางที่ 2

ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านสุขภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.95 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ (40.80 – 47.59 คะแนน) โดยด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้องมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มีสัดส่วนต่อคะแนนเต็มมากที่สุด คือ ร้อยละ 80.6 รองลงมา ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง คือ ร้อยละ 69.0 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านการสื่อสารสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มีสัดส่วนต่อคะแนนเต็มน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 63.0 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=13265)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5,552	41.9
หญิง	7,713	58.1
อายุ		
15 - 25 ปี	1,200	9.0
26 - 36 ปี	2,156	16.3
37 - 47 ปี	3,560	26.8
48 - 59 ปี	4,061	30.6
60 ปีขึ้นไป	2,288	17.3
สถานภาพสมรส		
โสด	1,944	14.6
สมรส/คู่	9,871	74.4
หม้าย/หย่า/แยก	1,403	10.6
อื่น ๆ	47	0.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	559	4.2
ประถมศึกษา	7,295	55.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2,547	19.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2,076	15.7
อนุปริญญา/ปวส.	331	2.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	457	3.4
อาชีพ		
ใช้แรงงาน (ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป)	9,805	73.9
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	996	7.5
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	382	2.9
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	230	1.7
นักเรียน/นักศึกษา	672	5.1
ไม่มีอาชีพ/ทำงานบ้าน	1,067	8.0
อื่น ๆ	113	0.9

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3o2s ของกลุ่มตัวอย่าง แยกรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน	
	\bar{x}	S.D.
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (เต็ม 6 คะแนน)	3.78 (63.0%)	1.24
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (เต็ม 10 คะแนน)	6.88 (68.8%)	1.92
3. การสื่อสารสุขภาพ (เต็ม 15 คะแนน)	9.45 (63.0%)	2.02
4. การจัดการตนเอง (เต็ม 15 คะแนน)	10.35 (69.0%)	2.55
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (เต็ม 10 คะแนน)	6.83 (68.3%)	2.14
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (เต็ม 12 คะแนน)	9.67 (80.6%)	1.98
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (เต็ม 68 คะแนน)	46.95	7.84

หมายเหตุ ค่า % ในวงเล็บข้างหลังค่า \bar{x} หมายถึง ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยที่ได้ต่อคะแนนเต็มในด้านนั้น ๆ



เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3๑2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ จำนวน 4,384 คน (ร้อยละ 33.1) รองลงมา คือระดับดี จำนวน 3,917 คน (ร้อยละ 29.5) ส่วนระดับดีมากมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 2,314 คน (ร้อยละ 17.4) ดังตารางที่ 4

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.11 ซึ่งอยู่ในระดับดี (21.00 – 23.99 คะแนน) โดยพฤติกรรมไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (\bar{x} = 4.20, S.D. = 1.19) รองลงมา คือพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่ (\bar{x} = 3.91, S.D. = 1.45) ส่วนพฤติกรรมกินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด (\bar{x} = 3.44, S.D. = 1.05) ดังตารางที่ 5

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม

สุขภาพระดับดีมาก จำนวน 5,540 คน (ร้อยละ 41.8) รองลงมา คือระดับดี จำนวน 3,315 คน (ร้อยละ 25.0) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดีมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 1,666 คน (ร้อยละ 12.5) ดังตารางที่ 6

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงตามลำดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ดังนี้ การจัดการตนเอง ($r=0.476$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r=0.399$) การสื่อสารสุขภาพ ($r=0.340$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (0.329) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r=0.205$) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($r=0.178$) แสดงดังตารางที่ 7 ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณต่อไป

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3๑2ส

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0 – 40.79 คะแนน)	2,650	20.0
ระดับพอใช้ (40.80 – 47.59 คะแนน)	4,384	33.1
ระดับดี (47.60 – 54.39 คะแนน)	3,917	29.5
ระดับดีมาก (54.40 – 68 คะแนน)	2,314	17.4

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง แยกรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส	ระดับคะแนน	
	\bar{x}	S.D.
1. ควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด	3.56	1.17
2. กินผักและผลไม้สด สะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	3.44	1.05
3. ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก	3.45	1.09
4. มีการจัดการความเครียดของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ	3.56	1.15
5. ไม่สูบบุหรี่หรือสูบบุหรี่	3.91	1.45
6. ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.20	1.19
พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส รวม (เต็ม 30 คะแนน)	22.11	4.14



ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส

ระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0 – 17.99 คะแนน)	1,666	12.5
ระดับพอใช้ (18.00 – 20.99 คะแนน)	2,744	20.7
ระดับดี (21.00 – 23.99 คะแนน)	3,315	25.0
ระดับดีมาก (24.00 – 30 คะแนน)	5,540	41.8

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส	
	r	p-value
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.178	0.000*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.399	0.000*
การสื่อสารสุขภาพ	0.340	0.000*
การจัดการตนเอง	0.476	0.000*
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.329	0.000*
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.205	0.000*

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมดครบทั้ง 6 ด้าน เรียงตามค่าน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ผลทดสอบแสดงให้เห็นว่าตัวแปรปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน สามารถร่วมกันทำนายระดับ

พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๑2ส ของกลุ่มตัวอย่างโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 27.3 ($R^2=0.273$) ดังตารางที่ 8

จากข้อมูลในตารางที่ 7 สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

$$Y = 10.039 + 0.198X_1 + 0.297X_2 + 0.097X_3 + 0.486X_4 + 0.145X_5 + 0.242X_6$$

และจากการตรวจสอบความเป็นอิสระกันของตัวแปรปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่าตัวแปรทุกตัวมีค่าเป็นอิสระจากกัน พิจารณาจากค่า Tolerance ที่ไม่ต่ำกว่า 0.2 ทุกตัวแปร และค่า VIF ที่ไม่เกิน 10 ทุกตัวแปร



ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2ส ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig	Collinearity Statistics	
	B	S.E.	Beta			Tolerance	VIF
ค่าคงที่	10.039	0.208		48.331	0.000		
การจัดการตนเอง (X ₃)	0.486	0.017	0.300	28.748	0.000*	0.504	1.984
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (X ₂)	0.297	0.021	0.138	14.036	0.000*	0.570	1.753
การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (X ₁)	0.242	0.016	0.116	15.228	0.000*	0.953	1.050
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (X ₄)	0.145	0.017	0.075	8.435	0.000*	0.699	1.430
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (X ₅)	0.198	0.026	0.059	7.760	0.000*	0.936	1.069
การสื่อสารสุขภาพ (X ₆)	0.097	0.019	0.047	5.051	0.000*	0.630	1.588

R=0.522 R²=0.273 F=827.959 Sig=0.000

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งหมายถึงเป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3๐2ส ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กองสุขศึกษา, 2561) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจารย์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรุ ประเสริฐศรี (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2ส ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ซึ่งหมายถึงเป็นผู้ที่สามารถดูแลสุขภาพตาม 3๐2ส ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งต้องปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (กองสุขศึกษา, 2561) ผลการวิจัยนี้สอดคล้อง

กับงานวิจัยของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2ส ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรุ ประเสริฐศรี (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2ส ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่าองค์ประกอบทุกด้านมีอิทธิพลเรียงตามลำดับ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ



และสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของแจ่มจันทร์ วรรณปะเก และธนิดา ผาติเสนะ (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเรียงตามลำดับ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลสูงที่สุดต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการจัดการตนเองเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง (กองสุขศึกษา, 2561) เหตุที่องค์ประกอบนี้มีความสำคัญมากที่สุดก็เพราะเป็นการวางแผนเตรียมตัวเพื่อให้ตนเองปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3อ2ส ให้ได้มากที่สุด ในขณะที่องค์ประกอบอื่น ๆ จะเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเพียงกระบวนการที่จะเกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพยังไม่นำไปสู่การวางแผนปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส เฉลี่ยอยู่ในระดับดี และปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส โดยการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลสูงที่สุดต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 ควรรณรงค์ส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนจังหวัดบึงกาฬให้มากขึ้นผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การสื่อสารและรณรงค์ด้านสุขภาพ การกำหนดมาตรการทางสังคม การจัดปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ เป็นต้น เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าประชาชนจังหวัดบึงกาฬมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้

1.2 ควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผ่านวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดโปรแกรมด้านสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส บันทึกความก้าวหน้า และเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าองค์ประกอบการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายต่อพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ2ส สูงที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยการนำโปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างประชาชนจังหวัดบึงกาฬ และวัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อเป็นการเปรียบเทียบว่าปัจจัยการจัดการตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริงหรือไม่

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกตำบล ในจังหวัดบึงกาฬ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลในการทำวิจัย ขอขอบคุณนายประเสริฐ บินตะคุ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้ให้คำแนะนำในการใช้สถิติ Multiple Regression Analysis ทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Bueng Kan Provincial Public Health Office. (2019). *Document for Inspection and supervision of Ministry of Public Health in Bueng Kan Province Episode 1/2019*. Bueng Kan: Bueng Kan Provincial Public Health Office. (in Thai).



- Bureau of Information and Communication Technology, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). *Standard reports: Essential Non-communicable Diseases*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 (in Thai).
- Ginggeaw, S. & Prasertsri, N. (2015). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai).
- Health Education Division. (2018). *Promotion and evaluation of health literacy and health behavior*. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Khampisut, J. (2018). Health literacy and health promotion behaviors of students in Naresuan University. *Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University*, 24(1), 67-78. (in Thai).
- Mancuso, J. M. (2008). Health Literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*. 10(3), 248-255. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x.
- Martin, L. T., Ruder, T., Escarce, J. J., Ghosh-Dastidar, B., Sherman, D., Elliott, M., . . . Lurie, N. (2009). Developing predictive models of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 24(11), 1211-1216. doi: 10.1007/s11606-009-1105-7.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, 15(8), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Office of the Secretary, National Reform Steering Assembly. (2016). *Health literacy and communication reform*. Retrieved from https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-03.pdf (in Thai).
- Pleasant, A. & Kuruville, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159. doi: 10.1093/heapro/dan001.
- Sangruen, S. (2016). *Situation of Health risk behaviors by "ABCDE behaviors" A is for Alcohol, B for Baccy (Smoking), C for Coping (Emotional management), D for Diet and E for Exercise of Labor force (15 year or more) in 2015*. Retrieved from <http://www.hed.go.th/news/4729> (in Thai).
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2017). *Public Health Statistics A.D.2017*. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Tachavijitjaru, C., Srisupornkornkul, A., & Changtej, S. (2018). Selected factors related with the health literacy of village health volunteer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(special issue), 320-332. (in Thai).
- Thamlikitkul, V. (1997). *Research process in medical sciences*. Bangkok: Ruenkaew Printing. (in Thai).
- Wanpake, J. & Phatisena, T. (2018). Relationship between health literacy and personal factors with health behavior among risk group with hypertension in Talad Subdistrict, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology, special issue*, 176-185. (in Thai)