

1

Analytical of Canonical Correlation between Cognitive in health and Health Behavior

Analytical of Canonical Correlation between Cognitive in health and Health Behavior of People in Khao Kho District, Phetchabun Province

Sureeporn Masrichan^{1*}, Bunnagone Suesing²

¹ Khao Kho District Health Office, Phetchabun Province, 67280, Thailand

² Lao-Ya Sub-District Health Promoting Hospital, Khaem Son Sub-district, Khao Kho District, Phetchabun Province, 67280, Thailand

* Corresponding author E-mail: sureeporn698@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

- Received 13 October

2023

- Revised 9 December

2023

- Accepted 1 February 2024

Keywords:

cognitive in health, health behavior, canonical correlation

ABSTRACT

Background: Chronic non-communicable diseases are a point public health problem in every area. People of all age groups face the threat of such diseases. Solving the problem requires changing health behavior so that people have correct health behavior. Knowledge, awareness, and understanding of environmental factors are appropriate for instilling comprehensive and continuous health knowledge in people is necessary.

Aim: 1) To study the rate and pattern of the highest relationship between health cognition and health behavior, 2) To study the weight of the canonical relationship from the canonical correlation coefficient between health cognition and health behavior, and 3) To analyze composite variables or canonical variables from the correlation coefficient between health cognition and health behavior.

Methods: The sample group used was the people of Khao Kho District. Phetchabun Province of Thailand, aged 15 years and over, 3,341 people, tools used It is an application of the health literacy assessment questionnaire of the Health Education Division. Department of Health Service Support Ministry of Public Health General data were analyzed using statistics, frequencies, and percentages. Check the consistency of the canonical relationship pattern using statistics. Pearson correlation coefficient analysis and canonical correlation values

Results: 1) The relationship highest rate and pattern between health knowledge and health behavior was found (1.1) to have a high internal correlation coefficient between the group of health knowledge and understanding variables (X) are (1) health knowledge and access to health information and health services; (2) access to health information and health services and communication to increase health expertise; (3) Communication to increase health expertise and manage one's health conditions; and (4) media and information literacy to create health and make correct choices. (1.2) The internal correlation coefficient has a high value. Between the group of health behavior variables (Y) is participation in social health activities and maintaining and maintaining one's health. (1.3) the intra-group correlation coefficient that has a high value between variable X and variable Y consists of 1) Making correct choices regarding participation in social health activities, 2) Making the right choice to maintain and maintain one's health, 3) Media and information literacy to create health and participation in social health activities, 4) Media and information literacy to create health and maintain and maintain one's health and, 5) Managing your health conditions and participating in social health activities. (1.4) There are two pairs of canonical correlations between variable X and variable Y, with Root 1 and Root 2 explaining 32.98 percent and 12.23 percent of the shared variance, with statistical significance at the .05 level.

2) Canonical correlation and standard canonical weight values Between the set of health cognition variables and the set of behavioral variables, in set 1, there is a canonical correlation value of 0.574, indicating that health cognition variables

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Maseechan, S., Sueasing, B. (2024). Analytical of Canonical Correlation between Cognitive in Health and Health Behavior of People in Khao Kho District, Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 1–25.

 2

**Analytical of
Canonical Correlation
between Cognitive in
health and Health
Behavior**

have the highest effect on behavioral variables of 57.40 percent, in the second set, there was a canonical correlation value of 0.349, indicating that health cognition variables had a maximum effect on behavioral variables of 34.90%.

3) Canonical standard weight value between the set of health cognition variables and the set of behavioral variables, in set 1, the canonical standard weight value was highly weighted in the first group of health cognition variables, namely (1) communication to increase health expertise; (2) managing one's health conditions, (3) media and information literacy to create health; (4) health knowledge; and (5) correct decision-making and the weight values are in the following order: 0.911, 0.721, 0.571, 0.496, and 0.478, respectively. The canonical standard weight value for the first group of behavioral variables is participation in social health activities, and the weight value is as follows: 0.822. In the second set, there is a canonical standard weight value and a high weight in the first group of the health cognitive variable. Namely, health knowledge has a weight value equal to 0.496, while the standard weight value is very canonical in the first group of behavioral variables, namely maintaining stability and maintaining one's health with a weight value of 0.919.

Conclusion: Health knowledge and understanding still affect the health behavior variables of the people of Khao Kho District, Phetchabun Province

3

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิง
คาโนนิคัลระหว่างความรู้ความ
เข้าใจกับพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงคาโนนิคัลระหว่างความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัด เพชรบูรณ์

สุรีพร มาลีจันทร์^{1*}, บรรณกร เสือสิงห์²

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ประเทศไทย 67280

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าหญ้า ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
ประเทศไทย 67280

* Corresponding author E-mail: sureeporn698@gmail.com

ข้อมูลบทความ

ประวัติบทความ

- รับ 13 ตุลาคม 2566
- แก้ไข 9 ธันวาคม 2566
- ตอรับ 1 กุมภาพันธ์ 2567

คำสำคัญ

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ,
พฤติกรรมสุขภาพ, ความสัมพันธ์เชิง
คาโนนิคัล

บทคัดย่อ

ความเป็นมา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกพื้นที่ คนทุกกลุ่มวัยต้องเผชิญกับภัยคุกคามจากโรคดังกล่าว การแก้ปัญหาจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจต่อบุคคลแวดล้อมอย่างเหมาะสมในการปลูกฝังให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น

วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อศึกษาอัตราและแบบแผนความสัมพันธ์สูงสุดระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 2) เพื่อศึกษาคำนำหน้ความสัมพันธ์เชิงคาโนนิคัลจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิคัลระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรประกอบหรือตัวแปรคาโนนิคัลจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ของประเทศไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 3,341 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นการประยุกต์ใช้แบบสอบถาม การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ค่าความถี่ และร้อยละ ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงคาโนนิคัลโดยใช้สถิติ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคัล

ผลการวิจัย 1) อัตราและแบบแผนความสัมพันธ์สูงสุดระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า 1.1) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในที่มีค่าสูง ระหว่างกลุ่มตัวแปรความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (X) คือ (1) องค์ความรู้ทางสุขภาพกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพกับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพกับการจัดการเรื่องสุขภาพของตนเอง และ (4) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพกับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Maseechan, S., Sueasing, B. (2024). Analytical of Canonical Correlation between Cognitive in Health and Health Behavior of People in Khao Kho District, Phetchabun Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(2), pp 1–25.

4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิง
คาโนนิกอลระหว่างความรู้ความ
เข้าใจกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.2) ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในที่มีค่าสูง ระหว่างกลุ่มตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Y) คือ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมกับการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง 1.3) ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในข้ามกลุ่มที่มีค่าสูง ระหว่างตัวแปรด้าน X กับตัวแปรด้าน Y คือ (1) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (2) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องกับการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง (3) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (4) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพกับการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง และ (5) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม 1.4) สหสัมพันธ์คาโนนิกอลระหว่างกลุ่มตัวแปรด้าน X และตัวแปรด้าน Y มีจำนวน 2 คู่ โดย Root ที่ 1 และ Root ที่ 2 อธิบายความแปรปรวนรวมได้ 32.98 เปอร์เซ็นต์และ 12.23 เปอร์เซ็นต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) สหสัมพันธ์คาโนนิกอลและค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล ระหว่างชุดตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและชุดตัวแปรด้านพฤติกรรม โดยในชุดที่ 1 มีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกอลเท่ากับ 0.574 แสดงว่าตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผลต่อตัวแปรด้านพฤติกรรมได้สูงสุดร้อยละ 57.40 ในชุดที่ 2 มีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกอลเท่ากับ 0.349 แสดงว่า ตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผลต่อตัวแปรด้านพฤติกรรมได้สูงสุดร้อยละ 34.90 3) ค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล ระหว่างชุดตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและชุดตัวแปรด้านพฤติกรรม โดยในชุดที่ 1 มีค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอลมีค่าน้ำหนักมากในกลุ่มแรกของกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คือ 1) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 2) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 3) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ 4) องค์ความรู้ทางสุขภาพ และ 5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยมีค่าน้ำหนักเรียงลำดับดังนี้ 0.911, 0.721, 0.571, 0.496 และ 0.478 ส่วนค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล มากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านพฤติกรรมคือ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม โดยมีค่าน้ำหนักดังนี้ 0.822 ในชุดที่ 2 มีค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล มีค่าน้ำหนักมากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คือ องค์ความรู้ทางสุขภาพ โดยมีค่าน้ำหนัก 0.496 ส่วนค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอลมากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านพฤติกรรม คือ การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง โดยมีค่าน้ำหนัก 0.919

สรุป ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพยังคงส่งผลต่อตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกพื้นที่ คนทุกกลุ่มวัยต้องเผชิญกับภัยคุกคามจากโรคดังกล่าว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือด และมะเร็ง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วล้วนมีสาเหตุสำคัญมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ กรรมพันธุ์ และโรคประจำตัวโดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยง 3อ 2ส)พฤติกรรมออกกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่และสุรา (ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของประชาชนที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ในการแก้ปัญหาสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ และปัจจัยแวดล้อม อย่างเหมาะสมในการพัฒนาปัจจัยภายในจะต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิด “Health Literacy ”หรือ“ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งหมายถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพความรู้อย่างเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้การพัฒนา Health Literacy จึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการธำรงรักษาสุขภาพตนเอง อย่างยั่งยืน)การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข, 2558หน้า (2

ซึ่งในปัจจุบันมีข้อมูลทางวิชาการที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคน้อยลง ทำให้การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น เนื่องจากบุคคลไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตามคำแนะนำของแพทย์ที่ถูกต้อง ทำให้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชน ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เป็นกระบวนการพัฒนาทักษะ ทางด้านปัญญา)Cognitive Skills (และทักษะทางสังคม)Social Skills (อันจะก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ)การส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข, 2561หน้า (1

ในปี พ.ศ 2563.กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ให้ความสำคัญ ในการส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส เพื่อลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เพิ่มอายุคาดเฉลี่ย กองสุกศึกษาจึงได้ดำเนินการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยในกลุ่มวัยทำงาน เน้นพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส มาจนถึงปัจจุบัน โดยมี อสม .เป็นบุคคลสำคัญที่จะทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาระงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อาศัย อสม .ในการดำเนินงานและสร้างการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของชุมชน จนทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของ เห็นคุณค่า และมีทัศนคติที่ดีต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ)การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม .สู่ อสค .กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการ, 2560หน้า (8

6

Analytical of Canonical Correlation between Cognitive in health and Health Behavior

แต่ทั้งนี้ ปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส โดยมี อสม .ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อน การสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ยังไม่สามารถทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบความสัมพันธ์ในภาพรวมของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” แนวทางหนึ่ง ที่เป็นการยกระดับคุณภาพงานวิจัยก็คือ การใช้สถิติขั้นสูงที่เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างชุดของตัวแปรอิสระและชุดของตัวแปรตาม โดยตัวแปรอิสระจะมีตั้งแต่ 1 ตัวขึ้นไป และตัวแปรตามมีมากกว่า 2 ตัว โดยตัวแปรทั้งหมดควรอยู่ในมาตราการวัดระดับ Interval หรือ Ratio Scale โดยศึกษาและเก็บข้อมูลการวัดตัวแปรเหล่านั้นมาครั้งเดียวและวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวพร้อมกันหมด นั่นก็คือการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ คาโนนิกอล ซึ่งหมายถึง เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรพหุคูณวิธีหนึ่ง ซึ่งพัฒนามาจากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) การวิเคราะห์ที่ไม่มีการแบ่งแยกตัวแปรออกเป็นตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในลักษณะเป็นรายตัว แต่แบ่งเป็นการแบ่งตัวแปรทั้งหมดในข้อมูลชุดเดียวกัน ออกเป็น 2 ชุด คือ ชุดของตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายและชุดของตัวแปรตามหรือตัวแปรเกณฑ์ จำนวนของตัวแปรแต่ละชุดไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ดังนั้นแต่ละชุดของตัวแปรดังกล่าวจึงมีลักษณะเป็นตัวแปรประกอบ ซึ่งหมายถึง การรวมกันของตัวแปรหลายตัว เมื่อศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรก็พิจารณาไปด้วยกันทั้งกลุ่มในลักษณะของตัวแปรหลายตัวกับตัวแปรหลายตัว ไม่ใช่ใช้ลักษณะรายคู่

ข้อดีของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิกอลก็คือ ช่วยให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหรือตัวทำนาย (Predictor variables) กับตัวแปรตามหรือตัวเกณฑ์ (criterion variables) ได้ชัดเจนและแม่นยำขึ้น เอื้อให้เกิดความเที่ยงตรงทั้งภายใน (Internal validity) และ ภายนอก (External validity) เพราะสามารถศึกษาตัวแปรต่าง ๆ ทั้งที่เป็นตัวแปรอิสระและตัวแปรตามฝ่ายละหลาย ๆ ตัวไปพร้อม ๆ กัน สอดคล้องกับสภาพธรรมชาติของปรากฏการณ์ ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกันระหว่างตัวแปรต่างๆ หลายตัว

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Research and development in Public Health) ขั้นตอนหลักของ พงศ์พิชญ บัญดา เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย 4 (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019p. 65-61; Boonda P., 2021p.79-65; Boonda P., 2021p.(86-80 ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นขั้นตอนที่ 1 ใน 4 ขั้นตอนหลัก ที่แสดงถึงสถานการณ์ที่จะได้จากการศึกษาเชิงสำรวจ มีรายละเอียดดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาอัตราและแบบแผนความสัมพันธ์สูงสุดระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
- 2) เพื่อศึกษาค่าน้ำหนักความสัมพันธ์เชิงคาโนนิกอลจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คาโนนิกอลระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
- 3) เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรประกอบหรือตัวแปรคาโนนิกอลจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Research and development in Public Health) ขั้นตอนหลักของ พงศ์พิชญ์ บุญตา เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดสมมติฐานการวิจัย (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019p. 65-61; Boonda P., 2021p.79-65; Boonda P., 2021p.(86-80 ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นขั้นตอนที่ 1 ใน 4 ขั้นตอนหลัก ที่แสดงถึงสถานการณ์ที่จะได้จากการศึกษาเชิงสำรวจ มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์มีอัตราและแบบความสัมพันธ์สูงสุดพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
- 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์อย่างน้อยสองตัวแปรที่ส่งผลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
- 3) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงเคาน์ตอร์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Research and development in Public Health) ขั้นตอนหลักของ พงศ์พิชญ์ บุญตา เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดขอบเขตการวิจัย (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019p. 65-61; Boonda P., 2021p.79-65; Boonda P., 2021p.(86-80 ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นขั้นตอนที่ 1 ใน 4 ขั้นตอนหลัก ที่แสดงถึงสถานการณ์ที่จะได้จากการศึกษาเชิงสำรวจโดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงเคาน์ตอร์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
- 2) ขอบเขตด้านแหล่งข้อมูล ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ปีขึ้นไป 15 3,3 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24,964 อาศัยอยู่อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน41 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในหน่วยบริการ ทุกแห่งในอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ การวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
- 3) ขอบเขตด้านตัวแปร ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้า เอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงเคาน์ตอร์ระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด การวิจัยและเป็นข้อมูลในการตั้งสมมติฐาน ผู้วิจัยได้สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

8

การวิเคราะห์
ความสัมพันธ์เชิงคาโน
นิกอระหว่างความรู้
ความเข้าใจกับ
พฤติกรรมสุขภาพ

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 6 องค์ประกอบ (ตัวแปร X)

- องค์ความรู้ทางสุขภาพ
- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ
- การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง
- การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน 2 องค์ประกอบ (ตัวแปร Y)

- การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม
- การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4) ขอบเขตด้านเครื่องมือ คือแบบสอบถาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงคาโนนิกอระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์” ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Research and development in Public Health) ขึ้นตอนหลักของ พงศ์พิชญ์ 4 บุญตา เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการวิจัย (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019p. 65-61; Boonda P., 2021p.79-65; Boonda P., 2021p.(86-80 ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นขั้นตอนที่ 1 ใน 4 ขั้นตอนหลัก ที่แสดงถึงสถานการณ์ที่จะได้จากการศึกษาเชิงสำรวจ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงคาโนนิกอระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 2 องค์ประกอบ 1) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม 2) การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์มีอัตราและแบบความสัมพันธ์สูงสุดพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
- 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์อย่างน้อยสองตัวแปรที่ส่งผลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
- 3) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงคาโนนิกอระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตอนที่ 4 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

โดยมีรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

2. **ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 24,964 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กรณีการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้สัดส่วนประชากร การประมาณค่า P (สัดส่วนประชากร โดยมีค่า B คือ ขอบเขตความคลาดเคลื่อนที่ค่า P จากกลุ่มตัวอย่างจะแตกต่างจากค่า P ซึ่งเป็นค่าพารามิเตอร์ ถ้าให้ค่า B = 0 หมายความว่าไม่มีความคลาดเคลื่อน กลุ่มตัวอย่างจะเท่ากับขนาดของประชากร ถ้าให้ค่า B = แสดงว่า 1 ให้มีความคลาดเคลื่อนได้สูงสุด คือไม่มีโอกาสประมาณค่า P ได้ถูกต้องเลย โดยทั่วไปควรมีค่า B ระหว่าง 0.10 - 0.01 มีสูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$Z = \frac{\bar{X} - \mu}{\sigma_x}$$

ต้องการประมาณค่า μ_x โดยการปรับสูตร เพื่อคำนวณหา n ที่เหมาะสมด้วยความเชื่อมั่น 95% ได้ดังนี้

$$n_{95\%} = \frac{(1.96)^2 \sigma_x^2}{B^2} \dots\dots\dots(1)$$

$$|\bar{x} - \mu| \leq B \dots\dots\dots(2)$$

การคำนวณหาค่า n ถ้าไม่ทราบค่า σ_x ให้ประมาณค่าด้วยค่าพิสัย (R) ดังนี้ (Scheaffer, Mendenhall and Ott, 1986: 54 อ้างถึงใน ระพีพันธ์, 2549.)

$$S = \frac{R}{4} \dots\dots\dots(3)$$

$$R = X_{\max} - X_{\min} = 5 - 1 = 4 \dots\dots\dots(4)$$

$$\therefore S = \frac{4}{4} = 1 = \sigma_x$$

ได้ผลลัพธ์จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 \sigma_x^2}{B^2} \dots\dots\dots(1)$$

$$\sigma_x^2 = pq = 1 \dots\dots\dots(2)$$

$$\therefore n_{95\%} = \frac{(1.96)^2 (1)}{(0.03)^2} \dots\dots\dots(3)$$

$$= (1.96)^2 * 1 / (0.03)^2 = 4,268$$

ที่มา หน้า.สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย :กรุงเทพฯ.สถิติเพื่อการวิจัย.2549.ระพีพันธ์ โพธิ์ศรี : .69-67 โดยได้ทำการการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling (จากหน่วยบริการ ใน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม (Questionnaires) ขึ้นมา เพื่อเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยทำการศึกษาจากข้อมูลพื้นฐานแนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ ตัวบ่งชี้ และสาระหลักเพื่อการวัด เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

เป็นแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๑ 2๘ ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาความเหมาะสมในการใช้ภาษา ความชัดเจนของแบบสอบถาม การเรียงลำดับคำถาม เวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถาม แล้วจึงนำมาวิเคราะห์เพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถาม วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง ได้ค่าความเชื่อมั่นของมาตรวัด เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 9 ข้อ ได้แก่ จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย

ส่วนที่ 2 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3๑ 2๘ เป็นการประเมิน ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และผลกระทบต่อสุขภาพจาก การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3๑ 2๘ คือ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูล ที่ถูกต้อง การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเพื่อยืนยัน ความเข้าใจของตนเองจากหลายๆ แหล่ง

องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3๑ 2๘ คือการสื่อสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพ สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียน ให้นักเรียนคนอื่นเข้าใจ และสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3๑ 2๘ คือ การสามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ และมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3๑ 2๘ คือ ความสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ที่สื่อนำเสนอ สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส คือ การกำหนดทางเลือกและปฏิบัติ /หลักเลี้ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้ได้สุขภาพดีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสีย เพื่อหลักเลี้ยง เลือกวิธีปฏิบัติ สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อย ต่อตนเองและผู้อื่น /การปฏิบัติหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 3 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง เป็นการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน มัน เค็ม การบริโภคผักและผลไม้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ ทักษะการคลายเครียด ทักษะการจัดการกับปัญหาตนเอง พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นหรืออยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคต่างๆ การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกัน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน การเข้าร่วมจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้อื่น การเข้าร่วมกำหนดและบังคับใช้มาตรการทางสังคม ในการดูแลสุขภาพ

4. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในหลักการและแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิด ในการวิจัย จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ ตัวบ่งชี้ สาระหลักเพื่อการวัด และใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบสอบถาม และมีการตรวจสอบเนื้อหาแบบสอบถามว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยนำแบบสอบถาม ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของข้อความ ความเหมาะสมของปริมาณ ข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษา

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบความตรง (Validity) ใช้วิธีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ

การประเมินค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ (Index of item objective congruence: IOC) จากการประเมิน ของผู้เชี่ยวชาญ โดยทำการตรวจสอบแบบสอบถามการวิจัยที่สอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ และให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

โดยข้อคำถามที่ดีควรมีค่า IOC เข้าใกล้ 1 ส่วนข้อที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ควรมีการปรับปรุงแก้ไข (สวิมล ดิรภานันท์, 2551, หน้า 163-166)

หลังจากนั้นนำแบบประเมินที่ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถาม กับเนื้อหา หรือนิยามศัพท์เฉพาะมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยใช้สูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.50-1.00 ซึ่งแสดงว่า ข้อความนั้น มีความตรงเชิงเนื้อหา (วรณีย์ แกมเกตุ, 2551, หน้า 221) จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง ต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง 0.80-1.00 ซึ่งเป็นค่าที่ผ่านเกณฑ์ แสดงว่ามีค่าความตรง และนำไปทดลองใช้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 4. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงในโรงพยาบาล จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Reliability) แบบ Cronbach's alpha โดยใช้เกณฑ์พิจารณาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟามีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งแสดงว่า มีความเชื่อถือได้สูง (สุวิมล ตีรพานนท์, 2551, หน้า 172-176) โดยผลการวิเคราะห์ที่ได้ค่าความเที่ยง หรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม มีความเชื่อถือได้สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตการเก็บแบบสอบถาม จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอ เก็บข้อมูลและใช้ชื่อหน่วยงานเพื่อจัดทำงานวิจัย
2. เมื่อส่งหนังสือขออนุญาตเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อเจ้าหน้าที่ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อประสานวันจัดส่งเอกสารและแบบสอบถาม (Google form)
3. ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยส่งชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วม วิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือ ในการรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธ ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้
4. การเก็บข้อมูลโดยการทำแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาในการตอบ แบบสอบถาม ประมาณ 30-45 นาที ต่อชุด
5. นำแบบสอบถามที่รวบรวมมาได้ ทำการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของ การตอบแบบสอบถาม แล้วนำมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ระยะเวลาการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วง พ.ศ. 2563-2564

6.2 วิธีการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้มีการดำเนินการดังนี้

1. การจัดกระทำข้อมูล

- 1.1 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความถูกต้องแล้วมาลงรหัสในแบบลงรหัสสำหรับการประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์

1.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ในการคำนวณค่าสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ขั้นตอน

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ

2.2 วิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง 2) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.4 ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงคาโนนิคัลระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์น้ำหนักโดยใช้สถิติ ได้แก่ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคัล (canonical correlation)

7. ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย ในครั้งนี้ได้ ถ้ารู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่กับบางคำถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบ คำถามเหล่านี้ได้ รวมถึงมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ งาน ที่ผู้วิจัยปฏิบัติ หรือผลกระทบต่อส่วนตัวใด ๆ ทั้งสิ้น สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

Analytical of Canonical Correlation between Cognitive in health and Health Behavior

ผลการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาคั้งนี้เก็บข้อมูลจากประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15ปีขึ้นไป อาศัยอยู่อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน คน 24,964 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 4,268 คน โดยได้รับการตอบกลับจำนวน 3,341 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 78.28 ของจำนวนตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงคานิคอระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 2 องค์ประกอบ 1) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม 2) การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย

1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์มีอัตราและแบบความสัมพันธ์สูงสุดพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์อย่างน้อยสองตัวแปรที่ส่งผลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

3) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงคานิคอระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตอนที่ 4 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษาคั้งนี้วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงคานิคอระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างได้แสดงไว้ตามตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

15

 PHIRD
2,2

ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละของผู้ตอบ แบบสอบถาม จำแนกตาม สถานภาพส่วนบุคคล (n =3,341)

	ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่ม	ปกติ	1,925	57.62
	เสี่ยง	927	27.75
	ป่วย	489	14.63
เพศ	ชาย	1,512	45.30
	หญิง	1,829	54.70
นับถือศาสนา	พุทธ	3,227	96.59
	คริสต์	69	20.7
	อิสลาม	2	0.06
	อื่นๆ	43	1.28
ช่วงอายุ	ปี 34-15	807	24.20
	ปีขึ้นไป 35	2,534	75.80
สถานภาพ	สมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกันและไม่ได้	2,332	69.80
สมรส	อยู่ด้วยกัน		
	โสด หม้าย หย่า แยก	1,009	30.20
การศึกษา	ระดับประถมศึกษา	1,631	48.80
	สูงกว่า ประถมศึกษา	1,710	51.20
อาชีพ	อาชีพเกษตรกรรม รับจ้างและเป็นแม่บ้าน	2,549	76.30
	ค้าขาย รับราชการและพนักงานโรงงาน	792	23.70

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มปกติร้อยละ 54.70 เพศหญิงร้อยละ 57.60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.6 ช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ มีสถานภาพสมรสและคู่สมรสอาศัย 75.80 มีอาชีพ 51.20 จบการศึกษา สูงกว่าประถมศึกษาร้อยละ 69.80 อยู่ด้วยกันและไม่ได้ร้อยละ เกษตรกรรม รับจ้างและเป็นแม่บ้านร้อยละ 76.30

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงคานิคอระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง กับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 2 องค์ประกอบ 1) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม 2) การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์หาค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพปรากฏผลดังตาราง 2

16

การวิเคราะห์

ความสัมพันธ์เชิงคาโน

นิคอลระหว่างความรู้

ความเข้าใจกับ

พฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่า ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ชุดตัวแปรด้านความรู้ความ เข้าใจทางสุขภาพและชุดตัว แปรด้านพฤติกรรม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
ตัวแปรด้าน		
1) องค์ความรู้ทางสุขภาพ	2.764	0.911
ความรู้ความ		
2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	2.954	0.929
เข้าใจทาง		
3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	3.092	0.949
สุขภาพ (X)		
4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	3.091	0.926
5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ	2.954	0.884
6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.063	0.884
ตัวแปรด้าน		
1) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	3.622	0.893
พฤติกรรม		
2) การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง	3.599	0.867
(Y)		

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเรียงลำดับ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($X = 3.092, 3.091$ และ 3.063) ตัวแปรด้านพฤติกรรม ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มี ค่าเฉลี่ยสูงสุดเรียงลำดับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมและการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง ($X = 3.622$ และ 3.599) แสดงว่าประชาชนมีคุณสมบัติในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูง

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพแต่ละตัวและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรด้านพฤติกรรมแต่ละตัว ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในข้ามกลุ่มระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับตัวแปรด้าน พฤติกรรม จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพแต่ละตัวและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรด้านพฤติกรรมซึ่งผลการวิเคราะห์ ปรากฏดังตารางที่ 4, 5 และ 6

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ภายใน ระหว่าง ตัวแปรด้านความรู้ความ เข้าใจทางสุขภาพ

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	X6
X1	1.000	0.677	0.601	0.549	0.167	0.082
X2		1.000	0.751	0.632	0.202	0.178
X3			1.000	0.706	0.340	0.261
X4				1.000	0.406	0.307
X5					1.000	0.659
X6						1.000

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในในกลุ่มสูงมีดังนี้

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($rx1x2 = 0.677$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพกับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($rx2x3 = 0.751$) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพกับการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ($rx3x4 = 0.706$) และความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพกับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($rx5x6 = 0.659$)

ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่มต่ำมีดังนี้

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ ($rx1x5 = 0.167$) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($rx1x6 = 0.082$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพกับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ ($rx2x5 = 0.202$) และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพกับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($rx2x6 = 0.178$)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรด้านพฤติกรรม

ตัวแปร	Y1	Y2
Y1	1.000	0.714
Y2		1.000

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรด้านพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่มสูงมีดังนี้ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมกับการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง ($ry1y2 = 0.714$)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน ข้ามกลุ่ม ระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับตัวแปรด้านพฤติกรรม

ตัวแปร	Y1	Y2
X1	0.261	0.223
X2	0.225	0.178
X3	0.269	0.195
X4	0.325	0.241
X5	0.398	0.334
X6	0.499	0.413

จากตารางที่ 5 พบว่า เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ข้ามกลุ่ม ระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับตัวแปรด้านพฤติกรรม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าสูงได้แก่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ($rx6y1 = 0.499$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องกับการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง ($rx6y2 = 0.413$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ($rx5y1 = 0.398$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพกับการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง ($rx5y2 = 0.334$) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ($rx4y1 = 0.325$)

Analytical of Canonical Correlation between Cognitive in health and Health Behavior

และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ข้ามกลุ่มระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับตัวแปรด้านพฤติกรรม พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ข้ามกลุ่มระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับตัวแปรด้านพฤติกรรม ที่มีค่ามากกว่า .300 ขึ้นไปจำนวน 5 ตัว แสดงว่าตัวแปรทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ข้ามกลุ่มกันมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ค่าโนนิคอลขั้นต่อไปได้

จากกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ X มี 6 ตัว และตัวแปรด้านพฤติกรรม Y มี 2 ตัว สามารถแสดงค่า Eigenvalue ของ Canonical Variate ได้จำนวน 2 คู่ จากจำนวนตัวแปรที่มีจำนวนน้อยกว่าในแต่ละกลุ่ม (Dillon and Goldstein:1978,394) โดย Y น้อยกว่า X

$$R2c1 = \lambda 1 = \text{Canonical Correlation คู่ที่ 1}$$

$$R2c2 = \lambda 2 = \text{Canonical Correlation คู่ที่ 2}$$

อธิบายได้ 2 คู่ ส่วนที่เหลือจะอธิบายไม่ได้

ตารางที่ 6 แสดงค่า Eigenvalues ที่ได้ ของ Canonical Variate ทั้ง 2 คู่

Eigenvalues		
Root	Root1	Root2
Value	.329	.122

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์พบว่า จะได้จำนวนคู่อย่างมากเท่ากับจำนวนตัวแปรของกลุ่มที่น้อยค่า Eigenvalues มี 2 Root แสดงว่า สหสัมพันธ์ค่าโนนิคอลระหว่างกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และตัวแปรด้านพฤติกรรมมีจำนวน 2 คู่ จากกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 6 ตัวแปร และกลุ่มตัวแปรด้านพฤติกรรม 2 ตัวแปร ซึ่งได้จำนวนคู่จาก ตัวแปรที่มีจำนวนน้อยกว่าโดย Root ที่ 1 และ Root ที่ 2 มีค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.32976 และ 0.12228 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ 32.98 เปอร์เซ็นต์ และ 12.23 เปอร์เซ็นต์ โดยที่แต่ละคู่มีความเป็นอิสระซึ่งกันและกัน Root โดยคู่แรกที่มีความแปรปรวนร่วมกันมากที่สุดจะเรียกว่า First pair หรือ Root ที่ 1 จำนวน Root คือจำนวนคู่ที่ได้คู่ถัดไปสามารถอธิบายสหสัมพันธ์ค่าโนนิคอลระหว่างกลุ่มตัวแปรได้น้อยลงตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ค่าโนนิคอลและค่าน้ำหนักมาตรฐานค่าโนนิคอลระหว่างชุดตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และชุดตัวแปรด้านพฤติกรรม

ตารางที่ 7 ค่าสหสัมพันธ์ค่าโนนิคอลและค่าน้ำหนักมาตรฐานค่าโนนิคอลระหว่างชุดตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และชุดตัวแปรด้านพฤติกรรม และการทดสอบความมีนัยสำคัญของสหสัมพันธ์ค่าโนนิคอล

ประเภท	ชื่อตัวแปร	ค่าน้ำหนักมาตรฐานค่าโนนิคอล	
		ชุดที่ 1	ชุดที่ 2
ตัวแปร X	องค์ความรู้ทางสุขภาพ	0.49586x1	0.49586x2
	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.38739	0.17836
	การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	0.47760x1	0.05222
	การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	0.57057x1	0.15931
	การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ	0.72104x1	0.14975
	การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.91064x1	0.03271

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประเภท	ชื่อตัวแปร	ค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล	
		ชุดที่ 1	ชุดที่ 2
ตัวแปร Y	การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	0.82165y1	- 0.05980
	การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง	0.01791	0.91887y2
	สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (EigenValue)	0.329758	0.122284
	สหสัมพันธ์คาโนนิกอล	0.574245	0.349691
	การแจกแจงแบบโคสแควร์	261.7131	129.0746
	Lambda Prime	0.454080	0.677487
	Prop.	0.000000*	0.013899*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

X1 ค่าที่มีน้ำหนักเด่นกลุ่มแรกในชุดที่ 1

Y1 ค่าที่มีน้ำหนักเด่นกลุ่มสองในชุดที่ 1

X2 ค่าที่มีน้ำหนักเด่นกลุ่มแรกในชุดที่ 2

Y2 ค่าที่มีน้ำหนักเด่นกลุ่มสองในชุดที่ 2

จากตารางที่ 7 สหสัมพันธ์คาโนนิกอลและค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล ระหว่างชุดตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และชุดตัวแปรด้านพฤติกรรม

โดยในชุดที่ 1 มีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกอลเท่ากับ 0.574 แสดงว่าตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และตัวแปรด้านพฤติกรรมได้สูงสุดร้อยละ 57.40 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอลมีค่าน้ำหนักมากในกลุ่มแรกของกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คือ 1) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 2) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 3) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ 4) องค์ความรู้ทางสุขภาพ และ 5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยมีค่าน้ำหนักเรียงลำดับดังนี้ 0.911, 0.721, 0.571, 0.496 และ 0.478 ส่วนค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล มากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านพฤติกรรมคือ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม โดยมีค่าน้ำหนักเรียงลำดับดังนี้ 0.822

ในชุดที่ 2 มีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกอลเท่ากับ 0.349 แสดงว่า ตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผลต่อตัวแปรด้านพฤติกรรมได้สูงสุดร้อยละ 34.90 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล มีค่าน้ำหนักมากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คือ องค์ความรู้ทางสุขภาพ โดยมีค่าน้ำหนัก 0.496 ส่วนค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิกอล มากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านพฤติกรรม คือ การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง โดยมีค่าน้ำหนัก 0.919

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่มีระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3๑ 2 ๘ อยู่ในระดับไม่ดี คือ เป็นผู้มีผลผลิตทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3๑ 2๘ ร้อยละ 59.80 ระดับพอใช้ ร้อยละ 37.60 และระดับดีมาก ร้อยละ 2.50

ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษารายี แร่ทอง (2561) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอสม. พบว่า อสม. อายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ดี) (ร้อยละ 62.84) และระดับต่ำ (ไม่ดี) (ร้อยละ 30.60) มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (ดีมาก) (ร้อยละ 6.56) เนื่องจากผลการศึกษาประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีความแตกต่างทางชาติพันธุ์ ชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง ลีซู เย้า และมุเซอร์ รวมร้อยละ 60 ของประชาชนในพื้นที่ทั้งหมด และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษากองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 8 กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของประชาชน พบว่า ประชาชนวัยทำงาน 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ดี) (ร้อยละ 47.10) และระดับต่ำ (ไม่ดี) (ร้อยละ 49.70) มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (ดีมาก) (ร้อยละ 13.20)

แสดงให้เห็นว่า ประชาชนมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้น้อย และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก 30 2ส ได้น้อย และไม่ค่อยถูกต้องร้อยละ 65.20, ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.80 และอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 1.90 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 8 กระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่า ประชาชนวัยทำงาน 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 47.80, ระดับพอใช้ ร้อยละ 27.50 และอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 24.60 และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษารายี แร่ทอง (2561) พบว่า อสม.อายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 66.70) และระดับต่ำ (ไม่ดี) (ร้อยละ 30.10) ระดับสูง (ดีมาก) (ร้อยละ 3.30)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30 2ส ที่ระดับ นัยสำคัญ 0.05 ($P=0.009, 0.00, 0.00, 0.00$) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพ 30 2ส คือ อายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี (2558) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษารายี แร่ทอง (2561) พบว่า อสม.อายุ 15 ปีขึ้นไป ด้านเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30 2ส

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์เชิงคาโนนิกอระหว่างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

ความสัมพันธ์ของความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส อย่างมีนัยสำคัญ

ที่ระดับ 0.001 ($r=0.456$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง (2561) พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับ

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ข้ามกลุ่ม ระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับตัวแปรด้านพฤติกรรม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าสูงได้แก่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ($r_{x6y1} = 0.499$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องกับการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง ($r_{x6y2} = 0.413$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ กับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ($r_{x5y1} = 0.398$) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพกับการคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง ($r_{x5y2} = 0.334$) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ($r_{x4y1} = 0.325$)

และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ข้ามกลุ่มระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับตัวแปรด้านพฤติกรรม พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ข้ามกลุ่มระหว่างตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับตัวแปรด้านพฤติกรรม ที่มีค่ามากกว่า .300 ขึ้นไปจำนวน 5 ตัว แสดงว่าตัวแปรทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ข้ามกลุ่มกันมีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ค่าโนนิคอล ขึ้นต่อไปได้

จากกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ X มี 6 ตัว และตัวแปรด้านพฤติกรรม Y มี 2 ตัว สามารถแสดงค่า Eigenvalue ของ Canonical Variate ได้จำนวน 2 คู่ จากจำนวนตัวแปรที่มีจำนวนน้อยกว่าในแต่ละกลุ่ม (Dillon and Goldstein:1978,394) โดย Y น้อยกว่า X

$$R2c1 = \lambda_1 = \text{Canonical Correlation คู่ที่ 1}$$

$$R2c2 = \lambda_2 = \text{Canonical Correlation คู่ที่ 2}$$

อธิบายได้ 2 คู่ ส่วนที่เหลือจะอธิบายไม่ได้

และพบว่า จะได้จำนวนคู่อย่างมากเท่ากับจำนวนตัวแปรของกลุ่มที่น้อย ค่า Eigenvalues มี 2 Root แสดงว่า สหสัมพันธ์คาโนนิคอลระหว่างกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และตัวแปรด้านพฤติกรรมมีจำนวน 2 คู่ จากกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 6 ตัวแปร และกลุ่มตัวแปรด้านพฤติกรรม 2 ตัวแปร ซึ่งได้จำนวนคู่จาก ตัวแปรที่มีจำนวนน้อยกว่าโดย Root ที่ 1 และ Root ที่ 2 มีค่า Eigenvalues เท่ากับ 0.32976 และ 0.12228 ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ 32.98 เปอร์เซ็นต์ และ 12.23 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ โดยที่แต่ละคู่มีความเป็นอิสระซึ่งกันและกัน Root โดยคู่แรกที่มีความแปรปรวนร่วมกันมากที่สุดจะเรียกว่า First pair หรือ Root ที่ 1 จำนวน Root คือจำนวนคู่ที่ได้คู่ถัดไปสามารถอธิบายสหสัมพันธ์คาโนนิคอลระหว่างกลุ่มตัวแปรได้น้อยลงตามลำดับ

ตอนที่ 3 ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลและค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิคอลระหว่างชุดตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และชุดตัวแปรด้านพฤติกรรม

สหสัมพันธ์คาโนนิคอลและค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิคอล ระหว่างชุดตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และชุดตัวแปรด้านพฤติกรรม

โดยในชุดที่ 1 มีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลเท่ากับ 0.574 แสดงว่าตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผลต่อตัวแปรด้านพฤติกรรมได้สูงสุดร้อยละ 57.40 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิคอลมีค่าน้ำหนักมากในกลุ่มแรกของกลุ่มตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ

Analytical of Canonical Correlation between Cognitive in health and Health Behavior

คือ 1) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 2) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 3) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อสร้างสุขภาพ 4) องค์ความรู้ทางสุขภาพ และ 5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยมีค่าน้ำหนักเรียงลำดับดังนี้ 0.911, 0.721, 0.571, 0.496 และ 0.478 ส่วนค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิคอล มากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านพฤติกรรมคือ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม โดยมีค่าน้ำหนักเรียงลำดับดังนี้ 0.822

ในชุดที่ 2 มีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลเท่ากับ 0.349 แสดงว่า ตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผลต่อตัวแปรด้านพฤติกรรมได้สูงสุดร้อยละ 34.90 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิคอล มีค่าน้ำหนักมากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คือ องค์ความรู้ทางสุขภาพ โดยมีค่าน้ำหนัก 0.496 ส่วนค่าน้ำหนักมาตรฐานคาโนนิคอล มากในกลุ่มแรกของตัวแปรด้านพฤติกรรม คือ การคงตัวและรักษาสุขภาพตนเอง โดยมีค่าน้ำหนัก 0.919

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากการศึกษามีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

แนวคิดเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ” ทำให้สังคมเกิดความตื่นตัวและให้ความสำคัญกับข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ยุคสมัยที่ความเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วทำให้ประชาชนทั่วไปได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง มีกิจกรรมส่งผ่านข้อมูลข่าวสารความรู้เหล่านั้นหรือเติมแต่งขึ้น ไปสู่บุคคลหรือกลุ่มคนอื่นๆ ทำให้การได้รับข้อมูล สร้างความเข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ ส่งผลกระทบต่อบุคคล ระบบสุขภาพและระบบบริการทุกด้าน

จึงควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง และการที่บุคคลจะเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางคอยให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองสอดแทรก แนะนำในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าต่าง ๆ และในการที่จะตอบสนองออกมาโดยผู้ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางจะคอยให้ความช่วยเหลือในการเรียนรู้ทั้งระหว่างผู้เรียนกับสิ่งเร้าและระหว่างผู้เรียนกับการตอบสนอง และบทบาทของบุคลากรทางสุขภาพผู้ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางการเรียนรู้ (Mediator) นั้น มีบทบาทสำคัญในการเลือกและเสริมแต่ง (Shaping) ประสบการณ์ในการเรียนรู้ ตลอดจนการตอบสนองของประชาชน โดยจุดหมายปลายทางของการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นที่ ความเป็นอิสระของผู้เรียนรู้ ความร่วมมือในการเรียนรู้เป็นสำคัญ บุคลากรทางสุขภาพจึงนับว่าเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยทำให้การเรียนรู้เกิดประสิทธิผล

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรศึกษาความสัมพันธ์ ปัจจัยเชิงสาเหตุของทุกตัวแปรของความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติขั้นสูง เช่น Canonical Correlation, Confirmatory Factor Analysis, และ Path Analysis เพื่อจะได้ข้อมูลเชิงลึกครอบคลุมทุกมิติ อันจะส่งผลต่อการแก้ปัญหาในทุกๆ ด้าน ประหยัดงบประมาณ เหตุเพราะสามารถทราบถึงตัวแปรหลักที่ส่งผลต่อตัวแปรต่างๆ และความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปร พร้อมทั้งวางแผนการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. ข้อเสนอแนะการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ สามารถนำวิจัยเรื่องนี้ 1) แปลงเป็นสารสนเทศพื้นฐาน (Explicit Knowledge) ในการนำไปจัดการความรู้ (Knowledge Management) การพัฒนาคุณภาพบริการ (Continuous Quality Improvement; CQI) 2) วิจัยต่อยอดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) เช่น การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาคู่มือพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ

เงินทุน

บทความนี้ไม่ได้รับทุนเฉพาะใดๆ จากหน่วยงานจัดหาทุน

ความขัดแย้งทางผลประโยชน์

ผู้เขียนขอประกาศว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนโดยโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยตำราและวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต) .ทรวงสาธารณสุขกระบ 82558สถานการณ์พฤติกรรม .(.อ3 เสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก2ส.ของประชาชนวัยทำงาน .

คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศสร้างแนวทางการขับเคลื่อนความรอบ การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ . พฤติกรรม .(ด้านสุขภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาพ2559.

ชิราวุธ ปุณณวิช, & ศิระปรุพีห์ทองเทพ) .2020ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก .(สุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนอายุ10-14 ปี อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช.

JOURNAL OF ALLIED HEALTH SCIENCES SUAN SUNANDHA RAJABHAT UNIVERSITY, 5)1(, 26-36.

วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, ลีตีวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ต้นหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง, & รักษิณี บุตรชน) .2019.(การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2562.จักระบบสาธารณสุขสถาบันวิ .

แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรรา ประเสริฐศรี) .2558ความสัมพันธ์ .(ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค .*NJPH* (ส.วารสาร พ)

]Internet .[1]cited 2020Oct.4[;25]3:(43-4 .Available from :

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/47244>

- อารีย์ แร่ทอง) .2019 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ .(3 อ 2 ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช Health Literacy and Health Behaviour, 3Aor 2Sor, for the Village Health Volunteers)VHVs :(Case study of Hintok Sub-district, Ronphibun District, NakhonSiThammarat Province. Journal of Department of Health Service Support-วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15)3.(
- อรรวรรณ นามมนตรี) .2018 .(ความรอบรู้ด้านสุขภาพ)Health literacy.(*Thai Dental Nurse Journal*, 29)1(, 122-128.
- อามานี แดมะยู) .2020.(ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง)Doctoral dissertation, เชียงใหม่ บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.(
- อามานี แดมะยู, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, & พนิดา จันทโสภีพันธ์) .2020ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ .(ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง *Thai Journal of Nursing Council*, 35)3(, 85-105.
- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health) .2018 .(Strengthening health Literacy from Village Health Volunteers to Foreign Health Volunteers, page 3, 7-8, 39-43.
- Ginggeaw, S .and Prasertsri, N) .2015 .(The relationship between Health Literacy and Health Behaviors of the elderly with multiple chronic diseases.*Nursing Journal of the Ministry of Public Health* .Page 25(343-54. (Thai Version (
- Kaewtong, N .et al) .2014 .(Health literacy of risky group in hypertension at Bannonghoi health promoting hospital,Sakaeo province.*Journal of Boromarajonani College of Nursing,Bangkok* .Page 30(1): 45-56. (Thai Version (
- Khumthong, T .et al.,)2016 .(Factors Influencing Health Literacy for riskypeople of Diabetes and Hypertension of Uthai Thani and Ang Thong.*Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*.Page 3(6): 67-85.
- Lhakieow, A and Chaleekreur, T) .2014 .(Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension in Ban PiangLuang health promoting hospital, *Chiang Mai Province Academic report and the national and international research presentations, national group science*.Page 1(6): 635-649.
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health,)2015 .(Assessment and promotion of health literacy :page 2, 6, 7.



Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health)2018 .(*Strategies for promoting health Literacy and health behaviour* : page 5-6.

Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health)2018 .(*Promoting the development of health literacy and health behavior* :page 12, 13, 14.

The Regional Health Service Support Office 8(2015). The Conclusion of Health Literacy and Health Behaviour in 2 age-group of Regional Health 8.Searched on July 14, 2018, from the website <http://enzymeman77.blogspot.com/2015/10/health-literacy-8.htm>.

Phongpisanu B) .2019 .(Techniques for Writing Chapter I of Research and Development in Public Health .*Med J Clin Trials Case Stud*, 3(4): 000222. DOI : 10.23880/mjccs-16000222

Phongpisanu B) .2019 .(Process of Research and Development in Public Health . *International Journal of Clinical Case Studies & Reports*, 2(1): 61-65.

Phongpisanu B) .2018 .(Main Steps of Doing Research and Development in Public Health. *Med J Clin Trials Case Stud*, 2(10): 000183. DOI :10.23880/mjccs-16000183