

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

นางสาวณัฐมณ ละทัยนิล



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**Health Literacy and Health Behaviors of Students
at Muban Chombueng Rajabhat University, Ratchaburi Province**

Miss Yasamon Latainin

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี
ชื่อและนามสกุล นางสาวณุชฌณ ทะทัยนิล
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์

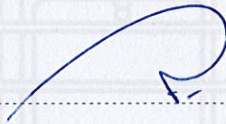
การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



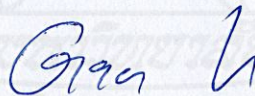
..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์)



..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล)



..... (รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา ค้นคว้าอิสระ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ

หมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

ผู้ศึกษา นางสาวณัฐมณ ละครันต์ รหัสนักศึกษา 2605001359 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมชนรัตน์ **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2) พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ สุรา (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี ระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 4,737 คน คำนวณตัวอย่างได้จำนวน 356 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีค่าความเที่ยงทั้งหมดเท่ากับ 0.71 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ไควสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 20.85 ปี กำลังศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน 4,965.17 บาท ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติคือช่วง 18.50–22.99 กิโลกรัม/เมตร² ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับพอใช้ (2) พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ในภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และด้านการจัดการทางอารมณ์ ส่วนพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุร่าอยู่ในระดับพอใช้ (3) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ คณะที่กำลังศึกษา ($\chi^2 = 0.337$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r = -0.114$) และ (4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.386$)

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ นักศึกษา

Independent Study title: Health Literacy and Health Behaviors of Students at Muban Chombueng Rajabhat University, Ratchaburi Province

Author: Miss Yasamon Latainin; **ID:** 2605001359;

Degree: Master of Public Health;

Independent Study advisor: Dr. Chawthip Baromtanarat, Associate Professor;

Academic year: 2019

Abstract

The objectives of this survey research: (1) to identify personal factors and health literacy; (2) to examine health behaviors 3Or2Sor, namely food, exercise, emotional management, smoking, and alcohol drinking; (3) to determine the relationship between personal factors and health behaviors; and (4) to determine the relationship between health literacy and health behaviors, of students at Muban Chombueng Rajabhat University, Ratchaburi province.

The study was conducted in a sample of 356 students selected using stratified random sampling from all 4,737 undergraduate students in the regular program at the university. The research instrument was a Health Literacy and Health Behavior questionnaire with a reliability value of 0.71. Data were analyzed by using statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum value, chi-square test and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results showed that, all 356 respondents: (1) most of them were female fourth-year students aged 20.85 years on average in the Faculty of Humanities and Social Sciences; had an average monthly allowance of 4,965.17 baht; had no underlying disease and had a normal BMI of 18.50–22.99 kilograms/meters²; their overall health literacy was at the poor level; as for individual aspects, their health cognitive capacity, access to health information and services, health data communication, and self-management for health promotion were also at the poor level; but their media literacy and decision-making to select correct practices were at the fair level; (2) their overall health behaviors (3Or2Sor), especially food, exercise, and emotional management were at the poor level, while smoking and alcohol drinking habits were at the fair level; (3) their personal factors significantly correlated with health behaviors were the faculty in which they were studying ($p < 0.05$, $\chi^2 = 0.337$), monthly allowances ($p < 0.05$, $r = -0.114$); and (4) their overall health literacy had a significantly correlated with health behaviors ($p < 0.05$; $r = 0.386$).

Keywords: Health literacy, Health behaviors, Students

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาชั้นคว่ำอิสระฉบับนี้สำเร็จลง ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว่ำอิสระ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการดำเนินการศึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนการศึกษาชั้นคว่ำอิสระสำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล ซึ่งเป็นคณะกรรมการสอบการศึกษาชั้นคว่ำอิสระ และได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้การศึกษารั้งนี้มีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ตามหลักวิชาการ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือซึ่งใช้ในการศึกษา

ขอขอบพระคุณอธิการบดี และคณบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี รวมทั้งผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนนักศึกษาที่มีส่วนช่วยให้การศึกษารั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธาณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อนักศึกษาทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจในการศึกษาตลอดมา

ท้ายสุดนี้ กราบขอบพระคุณพ่อแม่ ที่ให้กำลังใจและการสนับสนุนในการศึกษาด้วยดีเสมอมา

ณัฐมณ ละทัยนิล

กุมภาพันธ์ 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	6
สมมติฐานในการศึกษา	6
กรอบแนวคิดการศึกษา	8
ขอบเขตการศึกษา	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่ได้รับ	11
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	12
บริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง	13
ความรู้ด้านสุขภาพ	17
พฤติกรรมสุขภาพ	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	59
ประชากรและตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	67
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล	71
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	72

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	73
ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง	73
ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง	76
ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง	90
ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ	94
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	98
สรุปผลการศึกษา	98
อภิปรายผล	100
ข้อเสนอแนะ	111
บรรณานุกรม	114
ภาคผนวก	128
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	129
ข แบบสอบถาม	131
ประวัติผู้ศึกษา	142

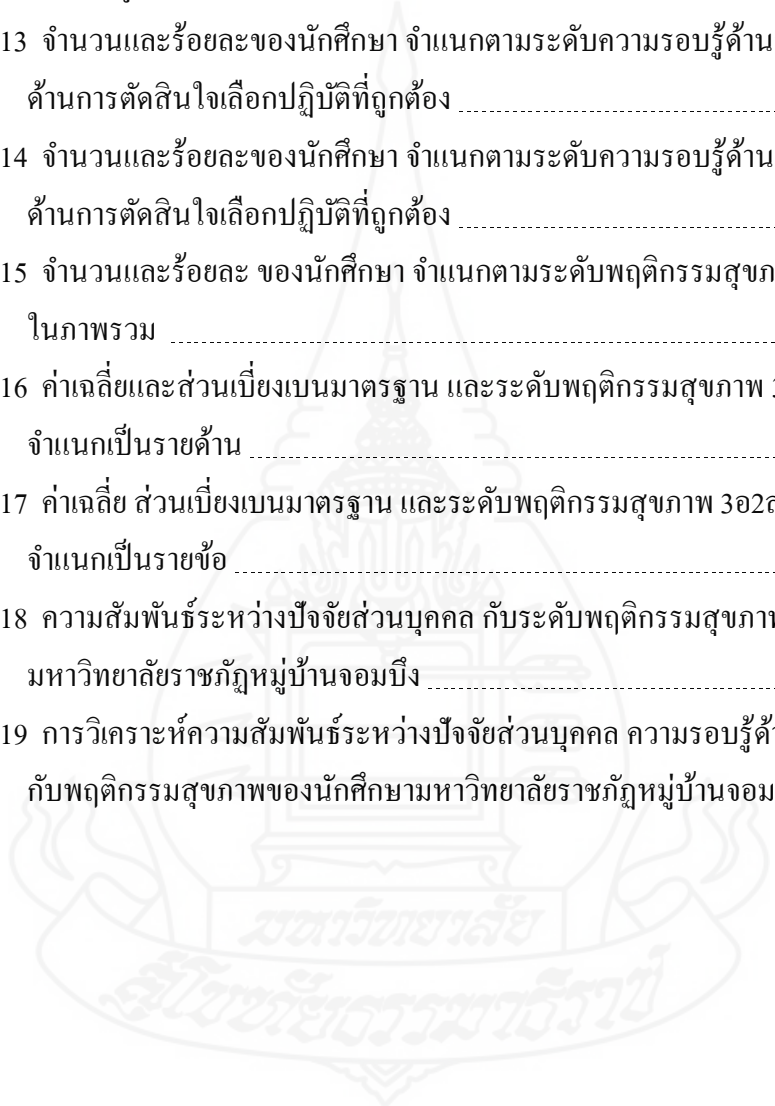


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนนักศึกษาปริญญาตรี ภาคปกติ แยกตามคณะ ปีการศึกษา 2562	13
ตารางที่ 2.2 สรุปข้อมูลผู้ใช้บริการจ่ายยาและปฐมพยาบาลเบื้องต้น นักศึกษาภาคปกติ ระดับปริญญาตรีปี พ.ศ.2557 - พ.ศ.2561	15
ตารางที่ 2.3 รายงานผลนักศึกษาที่เกิดอุบัติเหตุ ภาคปกติ ระดับปริญญาตรี ปี พ.ศ. 2557-2561 ..	16
ตารางที่ 2.4 การให้ความหมายของคำว่า Health literacy	21
ตารางที่ 2.5 กรอบแนวคิดการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam	24
ตารางที่ 2.6 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ จำแนกตามระดับการพัฒนาและกลุ่มเป้าหมาย	30
ตารางที่ 3.1 จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามสัดส่วนรายคณะ	61
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างนักศึกษา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	74
ตารางที่ 4.2 สรุประดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของนักศึกษา	76
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	77
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเป็นรายข้อ	78
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	80
ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	82
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ รายข้อ	82
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	84
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ รายข้อ	84
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	86

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ รายข้อ	86
ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	88
ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	89
ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละ ของนักศึกษา จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส	
ในภาพรวม	91
ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส	
จำแนกเป็นรายด้าน	91
ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษา	
จำแนกเป็นรายข้อ	92
ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา	
มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง	94
ตารางที่ 4.19 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง	96



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา	8
ภาพที่ 2.1 กรอบการศึกษา health literacy ในกลุ่มวัยรุ่นของ Manganello	26
ภาพที่ 2.2 แผนผังแสดงขั้นตอนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ	27
ภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพกับการสาธารณสุข	28
ภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย	32



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆมากมาย ทั้งด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม อุตสาหกรรม เทคโนโลยีการสื่อสาร และเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่ประเทศไทย ยังคงมีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น และเริ่มป่วยในอายุน้อยลงเรื่อยๆ จากสถิติสาธารณสุขปี 2558 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) พบว่าสาเหตุของการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุ เท่ากับ 112.8 43.3 42.1 29.9 และ 29.9 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ส่วนสาเหตุของผู้ป่วยนอกสูงสุด 5 อันดับแรกคือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคต่อมไทรอยด์ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคระบบหายใจ โรคระบบกล้ามเนื้อและโรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปากเท่ากับ 489.9 462.23 408.14 371.76 และ 362.53 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้ประเทศต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2553 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552-2553, 2555) พบว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมต่อ GDP ในปี 2553 คิดเป็นร้อยละ 4.1 เมื่อเทียบกับปี 2545 คิดเป็นร้อยละ 3.4 และปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 3.1 และสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ได้คาดการณ์ว่าปี 2558 ประเทศไทยจะสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 52,150 ล้านบาท แต่หากคนไทยช่วยกันป้องกันตนเองจะช่วยลดการสูญเสียได้ถึงร้อยละ 10-20 สาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพดังกล่าวคือ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่ไม่เพียงพอต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆด้านสุขภาพ (มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต, 2560, น. 1-12)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ของประเทศไทย ในระยะ 5 ปี ชีตหลัก “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” และ “คนเป็น

ศูนย์กลางการพัฒนา” ซึ่งทรัพยากรบุคคลเป็นทรัพยากรที่จะนำประเทศชาติไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัยให้มีคุณภาพ มีความพร้อมที่จะพัฒนาตนเองเพื่อเสริมสร้างทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยพัฒนาคนให้มีคุณธรรม มีความรอบรู้ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยสามารถรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เสริมสร้างให้มีสุขภาพที่ดี โดยมีเป้าหมายให้มีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

ความรู้ด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ มาจากภาษาอังกฤษคำเดียวกันคือ Health Literacy โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ให้คำนิยามว่า “เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น” สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ว่า “เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้แนะ ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง” (Nutbeam, 2008) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นไปเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล ตลอดช่วงอายุ โดยอาศัยทักษะในการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เหล่านั้น ได้ด้วยตนเอง จากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 7 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา วันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ.2552 (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2560) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health Literacy จึงมีปรากฏในเอกสารเผยแพร่และบทความวิจัยจำนวนมากขึ้น สำหรับประเทศไทย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2556 ได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ และกำหนดคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

- 1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ
- 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ
- 4) การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ
- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

จากแนวคิดเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ” ทำให้สังคมเกิดความตื่นตัวและให้ความสำคัญกับข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ (Parker et.al., 1995) ได้แก่ สถานะสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จากรายงานวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมี

ความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 และการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Sharif & Blank, 2010) เช่น การบริโภคอาหาร การใช้ยาเสพติด การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (De Walt et al., 2004) บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค (De Walt et al., 2004) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (NAAL, 2006) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (Baker et al., 2007) เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2009) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสมบูรณ์ได้ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561, น.5)

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้นำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้เป็นตัวชี้วัดระดับความสำเร็จในการทำงานด้านสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560, น. 2-15) ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สบнуหรี และสุรา จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2560 ในภาพรวมพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้นควรมีการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพต่อเนื่อง และต้องมีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับประชาชน เพื่อการเพิ่มสมรรถนะด้านการเรียนรู้ชั้นสูง เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศ ซึ่งเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกาย (อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แยม, 2557) อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยอายุมีผลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยจะ

เพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (สุริรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์, 2554) ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร (สุชา จุลสำลี และนนทยา ทางเรือ, 2561) ชั้นปีที่กำลังศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย (มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา, 2560) ขณะที่ศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยนักศึกษากลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีแนวโน้มพฤติกรรมด้านสุขภาพดีกว่านักศึกษากลุ่มสาขาวิชาอื่น (วิไลวรรณ จงรัชต์สัตย์, 2548) การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (อัญญิรมา พิสัยพันธ์ และคณะ, 2556) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (จิระภา จำพิสุทธิ, 2561, น. 67-78)

การศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นช่วงชีวิตที่สำคัญของบุคคล นักศึกษาอุดมศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายต่อวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นวัยรุ่นและความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ การศึกษาในระดับอุดมศึกษาเป็นช่วงชีวิตที่สำคัญของบุคคลที่มีโอกาสได้ศึกษาในมหาวิทยาลัย และนักศึกษาถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศ เป้าหมายสำคัญตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 6 ได้กล่าวไว้ว่าการศึกษามุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้และคุณธรรม มีจริยธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (กระทรวงศึกษาธิการ, 2553) ซึ่งการที่นักศึกษาจะสามารถเรียนและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขนั้นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งก็คือการมีสุขภาพที่ดี (เบญจพร อรุณประภารัตน์, โชติกา วงศ์เจริญ และรัชดาภรณ์ แม้นศิริ, 2559)

มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ตั้งอยู่เขตจังหวัดราชบุรี จากการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยของนักศึกษาโดยการขอรับบริการจ่ายยาและปฐมพยาบาลเบื้องต้น ข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 - พ.ศ. 2561 พบว่า ร้อยละของการเข้าใช้บริการเท่ากับ 56.41, 46.70, 39.85, 45.28, 39.66 ในปี พ.ศ. 2557 - พ.ศ. 2561 ตามลำดับ โดยพบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท ระบบย่อยอาหารและสุขภาพช่องปาก ระบบผิวหนัง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 52.17 14.28 11.84 11.83 และ 7.11 ตามลำดับ (รวีวรรณ อนันโท, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า นักศึกษามีปัญหาสุขภาพระดับสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลปี พ.ศ. 2557 นักศึกษาร้อยละ 56.41 ต้องขอพึ่งบริการจ่ายยาและปฐมพยาบาลเบื้องต้น แม้ข้อมูลดังกล่าวมีแนวโน้มที่ลดลงแต่ยังคงเป็นตัวเลขที่มีค่าสูง และจากการทบทวนงานวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษา พบว่ายังมีจำนวนน้อย โดยจะพบในงานวิจัยที่ศึกษา

ในมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ และกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล เช่น นักศึกษามหาวิทยาลัยนเรศวร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (จิระภา ขำพิสุทธิ์, 2561) นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (กรกนก ลัทธินันท์ และจันทร์เพ็ญ นิลวัชรณิ, 2562) ซึ่งยังไม่มีการศึกษาเรื่องดังกล่าวในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ ดังนั้นจึงควรมีข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาในสถาบันการศึกษา เพื่อใช้ในการออกแบบและวางแผนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ขณะที่ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผน ปรับปรุง จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสม

2. คำถามในการวิจัย

2.1 ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี เป็นอย่างไร

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นอย่างไร

2.3 พฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ สุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี เป็นอย่างไร

2.4 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ขณะที่ศึกษา รายได้ที่ได้รับ การมีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี หรือไม่ อย่างไร

2.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี หรือไม่ อย่างไร

3. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

- 3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
- 3.2 เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมและรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
- 3.3 เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (3อ.2ส.) ในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุกดิบหรือ สุรา ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
- 3.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะที่ศึกษา รายได้ที่ได้รับ การมีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย) กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
- 3.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

4. สมมติฐานในการศึกษา

- 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ดังนี้
 - 4.1.1 เพศ มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
 - 4.1.2 ชั้นปีที่กำลังศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
 - 4.1.3 คณะที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
 - 4.1.4 การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
 - 4.1.5 ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

4.1.6 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ
หมู่บ้านจอมบึง

4.1.7 รายได้ที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย
ราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

4.2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

4.2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวม
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

4.2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

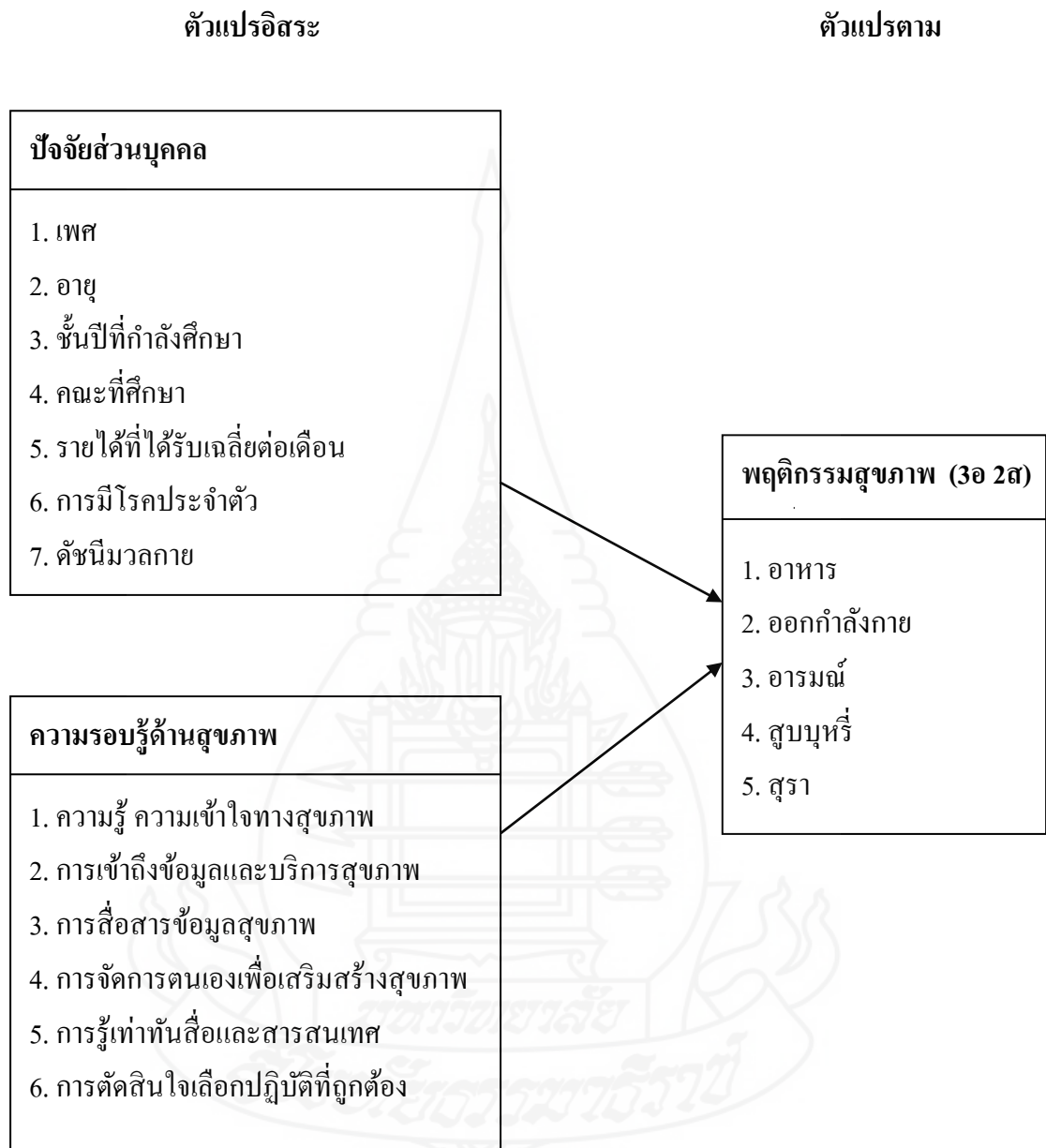
4.2.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

4.2.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

4.2.6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง



5. กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

6. ขอบเขตของการศึกษา

6.1 ขอบเขตด้านประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติเท่านั้น มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี จากทั้งหมด จำนวน 4,737 คน จำนวนตัวอย่างได้ 356 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน โดยใช้คณะเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิและใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ

6.2 ขอบเขตด้านเวลา

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลแบบสอบถาม ในภาคการศึกษาที่ 1/2562 ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวบรวม วิเคราะห์ แปลผลข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2562 ถึง มกราคม 2563

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำตามหลัก 3อ.2ส. ที่จะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรม 3อ.2ส. ประกอบด้วย การประพฤติปฏิบัติที่ถูกต้องในการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ดังนี้ (เลิศลักษณ์ เรื่องทอง, 2561, น. 7-13)

7.1.1 อ.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามเกณฑ์ ได้แก่ กินผักผลไม้ที่หลากหลาย ไม่กินหวาน มัน เค็ม เช่น ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง กินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิเคี้ยวแตกมัน กินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง กินอาหารทอด กินอาหารกึ่งสำเร็จรูป กินขนมกรุบกรอบ กินขนมหวานต่างๆ ดื่มน้ำตาล น้ำปลา/เกลือ/น้ำปลาพริก/ซีอิ๊ว/ซอสมะเขือเทศและซอสอื่นๆ เพิ่มในอาหารแต่ละมื้อทุกครั้ง

7.1.2 อ.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกาย ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 วันต่อสัปดาห์ รวมถึงการออกแรงเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที จำนวน 5 วันต่อสัปดาห์

7.1.3 อ.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์ หมายถึง การมีอารมณ์ดีและสามารถจัดการความเครียดได้ เช่น สามารถจัดการกับความรู้สึกคิดมากกังวลใจ จนทำให้อนอนไม่หลับได้ เป็นต้น

7.1.4 ส.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ หรือสูบยาเส้น หรืออยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่

7.1.5 ส.2 พฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มสุรา หมายถึง การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ สาโท

7.2 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะที่ศึกษา รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย

7.2.1 เพศ หมายถึง เพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงระดับปริญญาตรี แบ่งเป็น เพศชายและเพศหญิง

7.2.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงระดับปริญญาตรี แบ่งเป็นอายุ 18-20 และตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

7.2.3 ชั้นปีที่กำลังศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2562 ที่กำลังศึกษาในขณะนั้น แบ่งเป็นชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 ชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 5

7.2.4 คณะที่ศึกษา หมายถึง คณะที่จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ประกอบด้วย 6 คณะ คือ คณะครุศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะวิทยาการจัดการ วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม

7.2.5 รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน หมายถึง รายได้รวมที่ได้รับจากทุกช่องทาง เช่น รายได้จากผู้ปกครอง จากการกู้ยืมทุนการศึกษา หรือการทำงานพิเศษระหว่างเรียน เฉลี่ยเป็นรายเดือน

7.2.6 การมีโรคประจำตัว หมายถึง โรคที่มีติดตัวอยู่เป็นประจำ รักษาไม่หายขาด แบ่งเป็น มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัว

7.2.7 ดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่าความหนาของร่างกาย ใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะอ้วนหรือผอมในผู้ใหญ่ ซึ่งคำนวณได้จากการใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงที่วัดเป็นเมตรยกกำลังสอง (กก./ม.²) แบ่งเป็น ค่าต่ำกว่า 18.5 หมายถึง ผอมเกินไป ค่า 18.6-22.9 กก./ม.² หมายถึง น้ำหนักปกติ ค่า 23.0-24.9 กก./ม.² หมายถึง น้ำหนักเกิน ค่า 25.0-29.9 กก./ม.² หมายถึง อ้วนระดับที่ 1 และค่าตั้งแต่ 30.0 ขึ้นไป หมายถึง อ้วนระดับที่ 2

7.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งทักษะการสื่อสาร เพื่อสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ตามแนวคิดของกอง
 สุขศึกษา ดังนี้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559, น. 8)

7.3.1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ
 แนวทางการปฏิบัติ

7.3.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการ
 เลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลาย
 แหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

7.3.3 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด
 อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการ
 ปฏิบัติตน

7.3.4 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการ
 กำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตาม
 เป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

7.3.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบ
 ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ
 เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความ
 สื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

7.3.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการกำหนด
 ทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-
 ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

8.1 ทำให้ทราบถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา

8.2 ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ
 พฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา

8.3 ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำผลงานวิจัย เป็นแนวทางการจัดประเภท
 บริการ หรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะใช้ในการพัฒนา
 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี ในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อที่ศึกษา ดังนี้

1. บริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
 - 1.1 ประวัติความเป็นมา
 - 1.2 การจัดบริการด้านสุขภาพแก่นักศึกษา
 - 1.3 ข้อมูลการเจ็บป่วยของนักศึกษา
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.1 แนวคิด
 - 2.2 ความเป็นมาและความสำคัญ
 - 2.3 นิยามและความหมาย
 - 2.4 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.5 เครื่องมือที่ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. พฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

1. บริบทมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

1.1 ประวัติความเป็นมา

มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ได้เริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2497 ในชื่อว่า “วิทยาลัยหมู่บ้านจอมบึง” ซึ่งได้ต้นแบบมาจาก Village Institute ของประเทศตุรกี โดย พลเอกมังกร พรหมโยธี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ ในขณะนั้น เพื่อรับนักเรียนที่จบชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่เรียนดีจากชนบททั่วประเทศ มาเป็นนักเรียนทุนเรียน 5 ปี จบประกาศนียบัตรวิชาชีพครู ไปสอนในท้องถิ่นของตน ต่อมาได้รับการยกฐานะเป็นวิทยาลัยครู สถาบันราชภัฏ และมหาวิทยาลัยราชภัฏ ตามลำดับ ในปีการศึกษา 2547 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 9 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ทรงลงพระปรมาภิไธยในพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. 2547 เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2547 ซึ่งได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่ม 1 ตอนที่พิเศษ 23 ก เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2547 มีผลให้สถาบันราชภัฏทุกแห่งเปลี่ยนสถานภาพเป็นมหาวิทยาลัยราชภัฏ ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป สถาบันราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงจึงมีชื่อใหม่เป็น “มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง” (มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, 2559)

ตามพระราชบัญญัตินั้นเป็นต้นมา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง เปิดทำการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก โดยมีทั้งสิ้น 5 คณะ 1 วิทยาลัย ดังนี้ คณะครุศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม และวิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย ข้อมูลจำนวนนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ (ศักดิ์ชัย ชาวหงษา, 2562) ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ แยกตามคณะ ปีการศึกษา 2562

ลำดับ	คณะ	จำนวน
1.	ครุศาสตร์	878
2.	มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	1,483
3.	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	1,110
4.	วิทยาการจัดการ	597
5.	วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย	353
6.	เทคโนโลยีอุตสาหกรรม	316
รวมทั้งสิ้น		4,737

ที่มา: ศักดิ์ชัย ชาวหงษา (2562) รายงานสารสนเทศจำนวนนักศึกษา ปีการศึกษา 1/2562

1.2 การจัดบริการด้านสุขภาพแก่นักศึกษา

1.2.1 บริการห้องพยาบาล ห้องพยาบาลการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย เป็นภารกิจที่มหาวิทยาลัยให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ให้นักศึกษาปราศจากโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนของนักศึกษา ห้องพยาบาลจึงเป็นหน่วยงานที่นักศึกษาจะมาใช้บริการเมื่อยามเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ บริการด้านสุขภาพอนามัยเป็นบริการที่นักศึกษาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยบริการของห้องพยาบาล มีดังนี้ (รวีวรรณ อนันโท, 2562)

- 1) **กรณีปฐมพยาบาล หรือตรวจสุขภาพเบื้องต้น** เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต มีเตียงนอนพักรักษาด้วยยามเจ็บป่วย
- 2) **กรณีฉุกเฉิน** มีรถพยาบาลรับส่งไปสถานพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินต่างๆ เช่น การเจ็บป่วย อุบัติเหตุ นำส่งโรงพยาบาล แจ้งผู้ปกครอง และติดตามการรักษา
- 3) **จ่ายยา และบริการจัดยา เวชภัณฑ์** ให้แก่นักศึกษาและหน่วยงานในมหาวิทยาลัย สำหรับทำกิจกรรม
- 4) **ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ**

1.2.2 การรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง โดยใช้สิทธิบัตรทอง กรณีนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง เจ็บป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง โดยนักศึกษาต้องขอย้ายสิทธิเปลี่ยนหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสามารถติดต่อขอเปลี่ยนได้ที่สถานีอนามัยโรงพยาบาลของรัฐใกล้บ้าน หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในวันเวลาราชการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้การขอรับบริการ ณ หน่วยบริการแห่งใหม่ สามารถใช้สิทธิบัตรทองหลังการแจ้งความจำนงเปลี่ยนหน่วยบริการประมาณ 1 เดือน ขั้นตอนการใช้บริการบัตรทอง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง (รวีวรรณ อนันโท, 2562)

- 1) นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ที่มีสิทธิบัตรทองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึงแล้ว ให้แจ้งขอใช้สิทธิและหลักฐานก่อนการใช้บริการทุกครั้ง ณ งานเวชระเบียนและสถิติ พร้อมแสดงบัตรประชาชนและบัตรนักศึกษา
- 2) รอรับเอกสารสิทธิ พร้อมติดต่อรับการรักษายังหน่วยตรวจที่ได้รับการคัดกรองจากพยาบาล

1.2.3 ประกันอุบัติเหตุนักศึกษา กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ดำเนินงานการจัดให้มีบริการประกันอุบัติเหตุกับนักศึกษา การจัดเก็บเบี้ยประกัน การรับค่าสินไหมทดแทนกรณีเกิดอุบัติเหตุ การจัดทำและตรวจสอบกรมธรรม์ การประสานในการจัดทำประกันกับบริษัท โดยนักศึกษาที่เข้าใหม่ทุกคนจะได้รับสิทธิความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุตั้งแต่มื่อแรกเข้าศึกษา และคุ้มครองจนกระทั่งจบการศึกษา โดยได้รับการคุ้มครองจากการประสบอุบัติเหตุ

ทุกกรณีตลอดปีการศึกษา ได้รับค่ารักษาพยาบาลในวงเงิน 10,000 บาท ต่ออุบัติเหตุ 1 ครั้ง และอุบัติเหตุเสียชีวิต มีทุนเอาประกันเป็นเงิน 240,000 บาท กรณีเจ็บป่วยเสียชีวิต ได้รับเงินค่าปลงศพ จำนวน 10,000 บาท เมื่อนักศึกษาประสบอุบัติเหตุสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ เอกชน และคลินิก (สุชาติ เพชรเทียนชัย, 2562)

1.3 ข้อมูลการเจ็บป่วยของนักศึกษา

1.3.1 ข้อมูลผู้ใช้บริการจ่ายยาและปฐมพยาบาลเบื้องต้น นักศึกษาภาคปกติ ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ปี พ.ศ.2557 - พ.ศ.2561 ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี จนเกิดความเจ็บป่วย และต้องขอเข้ารับบริการจากห้องปฐมพยาบาล เฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 45.58 โดยพบข้อมูลเจ็บป่วยที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ ระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 52.17 ระบบสืบพันธุ์ ร้อยละ 14.28 ระบบประสาท ร้อยละ 11.84 ระบบทางเดินอาหาร รวมสุขภาพ ปากและช่องฟัน ร้อยละ 11.83 และระบบผิวหนัง ร้อยละ 7.11 ตามลำดับ (รวีวรรณ อนันโท, 2562) ดังตารางที่ 2.2

1.3.2 ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุของนักศึกษานักศึกษาภาคปกติ ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ปี พ.ศ.2557 - พ.ศ.2561 ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่าการเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บจากการจราจร เฉลี่ย 50.4 ครั้ง/ปี อุบัติเหตุจากการจราจรจนเสียชีวิต เฉลี่ย 2.2 ครั้ง/ปี อุบัติเหตุจากการจราจรจนสูญเสียอวัยวะ เฉลี่ย 0.2 ครั้ง/ปี (สุชาติ เพชรเทียนชัย, 2562) ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.2 สรุปข้อมูลผู้ใช้บริการจ่ายยาและปฐมพยาบาลเบื้องต้น นักศึกษาภาคปกติ ระดับปริญญาตรี ปี พ.ศ.2557 - พ.ศ.2561

ปี พ.ศ.	จำนวน น.ศ. (คน)	การใช้บริการ ห้องพยาบาล (ครั้ง)	ร้อยละ ของการ ใช้บริการ	ปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ)						รวม
				ระบบ ทางเดิน หายใจ	ระบบ สืบพันธุ์	ระบบ ประสาท	ระบบ ทางเดิน อาหาร	ระบบ ผิวหนัง	อื่นๆ	
ปี 2557	5,543	3,127	56.41	62.55	11.16	10.81	10.97	3.61	0.90	100
ปี 2558	6,287	2,936	46.70	48.74	15.09	11.99	12.98	5.25	5.96	100
ปี 2559	5,736	2,286	39.85	51.22	12.29	11.72	12.55	8.05	4.16	100
ปี 2560	5,077	2,299	45.28	47.37	16.05	12.74	13.14	9.00	1.70	100
ปี 2561	4,801	1,904	39.66	50.95	16.81	11.92	9.51	9.66	1.16	100
เฉลี่ย	5,489	2,510	45.58	52.17	14.28	11.84	11.83	7.11	2.78	100

ที่มา: รวีวรรณ อนันโท (2562) รายงานสารสนเทศการใช้บริการห้องพยาบาล ณ อาคารอำนวยการ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ข้อมูล ณ วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ตารางที่ 2.3 รายงานผลนักศึกษาที่เกิดอุบัติเหตุ ภาคปกติ ระดับปริญญาตรี ปี พ.ศ. 2557-2561

ที่	อุบัติเหตุเกิดจาก	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	เฉลี่ย 5 ปี
1.	จراح (บาดเจ็บ)	38	54	81	60	19	50.4
	จراح (เสียชีวิต)	4	2	3	2	-	2.2
	จراح (สูญเสียอวัยวะ)	1	-	-	-	-	0.2
2.	สัตว์ กัด ต่อย	10	7	7	9	-	6.6
3.	ป่วย (เสียชีวิต)	1	2	-	-	1	0.8
4.	อื่นๆ (ข้อเท้าแพลง หกล้ม)	6	4	4	3	1	3.6
	รวม	60	69	95	74	20	63.6
	ค่าเบี้ยประกัน (บาท)	672,940	337,190	533,044	422,576	43,232	401,796

ที่มา: สุชาติ เพชรเทียนชัย (2562) รายงานสารสนเทศการเกิดอุบัติเหตุของนักศึกษา กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ข้อมูล ณ วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

สรุป มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง เปิดการเรียนการสอนระดับปริญญาตรี ภาคปกติทั้งสิ้น 5 คณะ 1 วิทยาลัย ดังนี้ คณะครุศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม และวิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มีนักศึกษา ปีการศึกษา 2562 ทั้งสิ้นจำนวน 4,737 คน (ศักดิ์ชัย ชาวหงษา, 2562) มหาวิทยาลัยมีการจัดบริการด้านสุขภาพแก่นักศึกษา ประกอบด้วยบริการห้องพยาบาล การรักษาโดยใช้สิทธิบัตรทองที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี และบริการจัดทำประกันอุบัติเหตุให้นักศึกษา จากการศึกษาข้อมูลผู้ใช้บริการจ่ายยาและปฐมพยาบาลเบื้องต้น ข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2561 พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี จนเกิดความเจ็บป่วยและต้องขอเข้ารับบริการจากห้องปฐมพยาบาล เฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 45.58 (รวิวรรณ อนันโท, 2562) ข้อมูลย้อนหลังการเกิดอุบัติเหตุ 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่าการเกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บจากการจراح เฉลี่ย 50.4 ครั้ง/ปี อุบัติเหตุจากการจراحจนเสียชีวิต เฉลี่ย 2.2 ครั้ง/ปี (สุชาติ เพชรเทียนชัย, 2562) ถึงแม้ข้อมูลการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพของนักศึกษามีแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังคงถือเป็นตัวเลขที่สูงมาก ปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนน การตายก่อนวัยอันควรและการบาดเจ็บสูญเสียเหล่านี้ป้องกันได้ โดยเริ่มตั้งแต่การปรับปรุงพฤติกรรมการขับขี่ สาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งมาจากพฤติกรรมการขับขี่ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นผู้บริหารมหาวิทยาลัย และคณาจารย์ ควรมีการปลูกฝังให้นักศึกษา

เกิดความตระหนักและเพิ่มความระมัดระวัง มีความรับผิดชอบด้านความปลอดภัยจากการขับขี่ และพฤติกรรมด้านสุขภาพให้มากขึ้น

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1 แนวคิด

จากความรุนแรงของปัญหาสุขภาพทั่วโลกที่เกิดจากพฤติกรรมใน 3 อันดับแรก ได้แก่ การสูบบุหรี่ พฤติกรรมโรคอ้วน และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยความเสี่ยงที่นำไปสู่สาเหตุการตาย 5 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ น้ำตาลในเลือดสูง ขาดการออกกำลังกาย และภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 13, 9, 6, 6 และ 5 ตามลำดับ ของสาเหตุการตายทั้งหมดทั่วโลก และเป็นสาเหตุที่นำไปสู่โรคเรื้อรังคือ โรคหัวใจ เบาหวาน และโรคมะเร็ง ซึ่งเกิดขึ้นทั้งประเทศที่มีรายได้สูง ปานกลาง และต่ำ (WHO, 2009) สำหรับประเทศไทย การใช้ชีวิตประจำวันของคนไทยที่มีความเสี่ยงทั้งการบริโภคอาหารเกินความจำเป็น มีพฤติกรรมการกินอาหารรสจัดทั้งหวาน มัน เค็ม เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ระดับไขมัน และความดันโลหิตสูง ซึ่งในอนาคตอีก 10-20 ปี รัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาอาการแทรกซ้อนจากพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นเงินมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ปัจจุบันประเทศทั่วโลกกำลังให้ความสนใจ และใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease – NCD) ที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยมุ่งไปที่การส่งเสริม ควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุรา จัดการอารมณ์ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยการลดอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริมการออกกำลังกายและให้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น เพื่อควบคุมป้องกันโรคอ้วน ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ กำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมวิถีชีวิตเสี่ยง โดยเน้นกิจกรรมที่ทำให้พลังงานในร่างกายสมดุลกันระหว่างการรับเข้ามาในร่างกายกับการใช้ไป ฉะนั้นแนวทางการควบคุมและแก้ไขด้วยการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ที่เกิดจากความตั้งใจและให้ความร่วมมืออย่างดีของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เริ่มด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอกับตนเอง เพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) นั่นเอง (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2560, น. 1)

2.2 ความเป็นมาและความสำคัญ

2.2.1 ความเป็นมา แนวคิดเกี่ยวกับ Health Literacy (HL) ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso, 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากที่เผยแพร่ทั้งในส่วนของนำเสนอ นิยามความหมาย กรอบแนวคิด การพัฒนาเครื่องมือประเมิน รายงานผลการประเมิน และกลวิธี (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561, น. 4)

การใช้คำเรียก Health literacy ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทย มีหลายคำดังนี้ (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557, น. 11)

1) **ความแตกฉานด้านสุขภาพ** เป็นคำนิยามที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยาม

2) **ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ** เป็นคำที่สอดคล้องการดำเนินงานด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการเรียนรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

3) **ความฉลาดทางสุขภาพ** เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกว่าถึง Literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

4) **ความฉลาดทางสุขภาพ** เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และกำหนดคำนิยามไว้ว่า “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี”

2.2.2 ความสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ (Parker, R.M., 2000) ได้แก่ สถานะสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ จากรายงานวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 และการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

(Sharif & Blank, 2010) เช่น การบริโภคอาหาร การใช้ยาเสพติด การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (De Walt et al., 2004) บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค (De Walt et al., 2004) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (NAAL, 2003) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (Baker et al., 2007) เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง หากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2009) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่อาจสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสมบูรณ์ได้ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561, น. 5)

ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1) *ความสำคัญในระดับบุคคล* บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่างๆ ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมและการทำงานได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ถูกหลอกหรือมีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง จนเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรงหรือต้องรักษาตัวเรื้อรัง ทำให้ขาดงานเกิดความสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นภาระแก่คนใกล้ชิดหรือครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือ

2) *ความสำคัญในระดับหน่วยงาน* หน่วยงานหรือองค์กรใดมีบุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะเกิดผลเสียหายต่องานบริการและการสร้างสรรค์ผลงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นบุคลากรสาธารณสุขจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชน

3) *ความสำคัญในระดับสังคมและประเทศชาติ* หากประชาชนของประเทศมีการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บพื้นฐานที่สามารถป้องกันได้ หรือเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่อายุยังน้อย จะเป็นการเพิ่มภาระการทำงานแก่แพทย์ พยาบาล บุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานด้านสุขภาพอย่างมาก ทำให้ประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล การจัดซื้ออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ซึ่งมีราคาแพงจากต่างประเทศ รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมเนื่องจากค่าใช้จ่าย

ด้านสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลการรายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ สำนักงานเลขาธิการ สภาผู้แทนราษฎร (2559) ระบุว่าปี พ.ศ. 2553 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีจำนวนสูงถึง 392,368 ล้านบาท ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีจำนวนเพียง 40,288 ล้านบาทเท่านั้น

หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการที่ต้นเหตุของปัญหาดังกล่าว โดยการนำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างความเปลี่ยนแปลง จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลและระบบสุขภาพโดยรวม เนื่องจากการพัฒนาด้านสภาวะแวดล้อมและสังคมขาดความสมดุล ประเทศชาติจะเสียโอกาสในการสร้างความเจริญก้าวหน้าอย่างที่ควรจะเป็น และในที่สุดประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศจะไม่สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ (ขวัญเมือง แก้วคำกิ่ง, 2561 น. 4-6)

2.3 นิยามและความหมาย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้คำนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541) ได้แปลไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ “ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ”

การให้ความหมายเพื่อนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีหน่วยงานและนักวิชาการทั่วโลกได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้มากมาย ซึ่งแตกต่างกันบ้างตามบริบทและพื้นที่การดำเนินงาน วัฒนธรรม และสังคม (รายละเอียดดังตารางที่ 2.4) ดังนั้น การนำไปใช้เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศไทย ควรพิจารณาถึงความแตกต่างในบริบทด้านวัฒนธรรมและสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิต การเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ การเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ระบบการให้ข้อมูล การจัดการด้านข้อมูล การจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ และวัฒนธรรมของการใช้ระบบสุขภาพ เป็นต้น

ตารางที่ 2.4 การให้ความหมายของคำว่า Health literacy

การให้ความหมาย	ผู้กำหนด
1. ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ (สวรต., 2541)	องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998)
2. ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม ที่กำหนดเอาแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี	Nutbeam (2000)
3. ระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับ จัดการ และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและบริการที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม	The US Healthy People 2010 (2000)
4. ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันทั้งที่บ้าน ชุมชน สถานที่ทำงาน ระบบสุขภาพ ตลาด และที่สาธารณะ ซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชน เพื่อจัดการสุขภาพของตนเองด้วยการใช้ความสามารถดังกล่าวในการแสวงหาข้อมูลอย่างมีความรับผิดชอบ	Kickbusch, Wait & Maag (2005)
5. ทักษะที่ครอบคลุมและความสามารถของบุคคล ในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน รวมทั้งใช้ข้อมูลสุขภาพและแนวคิด เพื่อสร้างทางเลือกในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต	Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2005)
6. ทักษะที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งต้องมีการตรวจสอบอยู่เสมอในแต่ละบริบทอันจำเพาะที่ต้องการใช้ความสามารถดังกล่าว	Paasche-Orlow & Wolf (2007)
7. ความสามารถในการอ่าน พิจารณาล้นกรอง และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ	European Commission (2007)
8. ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เพื่อการส่งเสริม ดำรงรักษา และปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตตามบริบทต่างๆ	Rootman & Gordon- El-Bihbety (2008)

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

การให้ความหมาย	ผู้กำหนด
9. ระดับความสามารถของบุคคลและกลุ่มคนในการรับ จัดการ ทำความเข้าใจ ประเมิน และตอบสนองต่อข้อมูลที่ต้องใช้ เพื่อตัดสินใจด้านการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน	Freeman และคณะ (2009)
10. ระดับความสามารถของบุคคลในการรับ จัดการ ทำความเข้าใจ และสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจด้านสุขภาพ	McCormack และคณะ (2010)
11. การรู้หนังสือ ความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ สำหรับการตัดสินใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกัน โรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบำรุง หรือปรับปรุงคุณภาพในการใช้ชีวิต	The European Health literacy Survey: HLS-EU Consortium (2012) Sorensen และคณะ (2012)
12. ความรู้และความสามารถของประชาชน ในการค้นหาเพื่อรวบรวม ข้อมูล ประเมิน จัดการ และนำไปใช้ รวมทั้งความสามารถในการทำ ความเข้าใจตนเอง ผู้อื่น และสังคม โลก โดยนำความสามารถนั้นมาใช้ ในการตัดสินใจดำเนินการ และเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Paakkari & Paakkari (2012)
13. ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี	กองสุศึกษา (2554)
14. กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สภาวะ	สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (2559)
15. ความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้ บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม	กระทรวงสาธารณสุข (2560)

ที่มา: ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้: 8-13

สรุป นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน ตรวจสอบ เพื่อตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อบุคคลรอบข้าง และชุมชนเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดี

2.4 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากคำนิยามความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ถูกกำหนดรายละเอียดให้มีความชัดเจนมากขึ้น มีการขยายความและพัฒนาขึ้นเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวมีส่วนช่วยให้เกิดความกระจ่างจากการอธิบายตัวตนเหตุและผลตามทัศนระในมิติมุมมองของการพัฒนาด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยอธิบายหลักการและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้ (ขวัญเมือง แก้วคำแก้ง, 2561 น.24-41)

2.4.1 กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1) กรอบแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.(2000) ได้เสนอกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายความเชื่อมโยงของ 1) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้การศึกษา การสร้างความเคลื่อนไหวทางสังคม การชี้แนะสาธารณะ ทำให้เกิดข้อ 2) ผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การกระทำและอิทธิพลทางสังคม นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและแนวทางปฏิบัติขององค์กร ทำให้เกิดข้อ 3) ผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะกลาง ได้แก่ วิถีชีวิตที่มีสุขภาพะ บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ องค์ประกอบทั้ง 3 ข้อนี้นำไปสู่ ข้อ 4) ผลลัพธ์สุขภาพและผลลัพธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการและเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนา ดังตารางที่ 2.5

การจำแนกระดับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam

(1) ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย Kickbusch I. et al. (2013) อธิบายเพิ่มเติมว่า เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่าน และความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย

(2) ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและพุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคม ที่ใช้ในการเข้าร่วม

กิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 2.5 กรอบแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam

รายการ	หลักการพิจารณาผลลัพธ์ทางสุขภาพ		
4. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และสังคม	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ วัดจากอัตราการเจ็บป่วย อัตราความพิการหรือทุพพลภาพ อัตราตาย	วัดจากอัตราการ	ผลลัพธ์ทางสังคม วัดจากคุณภาพชีวิต ความเหลื่อมล้ำ ความเท่าเทียมทางสังคม
3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในระยะกลาง	วิถีชีวิตที่มีสุขภาวะ - พฤติกรรมการออกกำลังกาย - อาหาร - อารมณ์ - ไม่ดื่มสุรา - ไม่สูบบุหรี่ - ไม่ใช้สารเสพติด	บริการสุขภาพที่ดี - การป้องกันโรคเชิงรุก - การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม	สถานะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ - ความปลอดภัยทางกาย - เงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคม - มีอาหารที่ปลอดภัย - จำกัดการเข้าถึงบุหรี่สุรา
2. ผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพ	ความรู้ด้านสุขภาพ - ความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ - ความตั้งใจที่จะกระทำ - ทักษะ - การรับรู้ความสามารถตนเอง	การกระทำและอิทธิพลทางสังคม - การมีส่วนร่วม - พลังของชุมชน - บรรทัดฐานในสังคม - ทศนะของคนในสังคม	นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและแนวทางปฏิบัติขององค์กร - การประกาศนโยบาย - ออกกฎหมาย - การกำกับ - แนวทางปฏิบัติขององค์กร
1. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ	การให้การศึกษา - สุขศึกษาในโรงพยาบาล - สุขศึกษาในโรงเรียน - การสื่อสารผ่านสื่อ	การสร้างความปลอดภัย เคลื่อนไหวทางสังคม - การพัฒนาชุมชน - ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม - สื่อสารสาธารณะ	การขึ้นทะเบียนสาธารณะ - การลอบบี้ - ขับเคลื่อนประเด็น นโยบาย - กิจกรรมองค์กร

ที่มา: ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้: 25

(3) ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการกระทำทางสังคม การเมืองและสภาวะแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพไปพร้อมกัน โดยการประสานประโยชน์ของบุคคลเข้ากับชุมชนและสังคม เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนทั่วไป

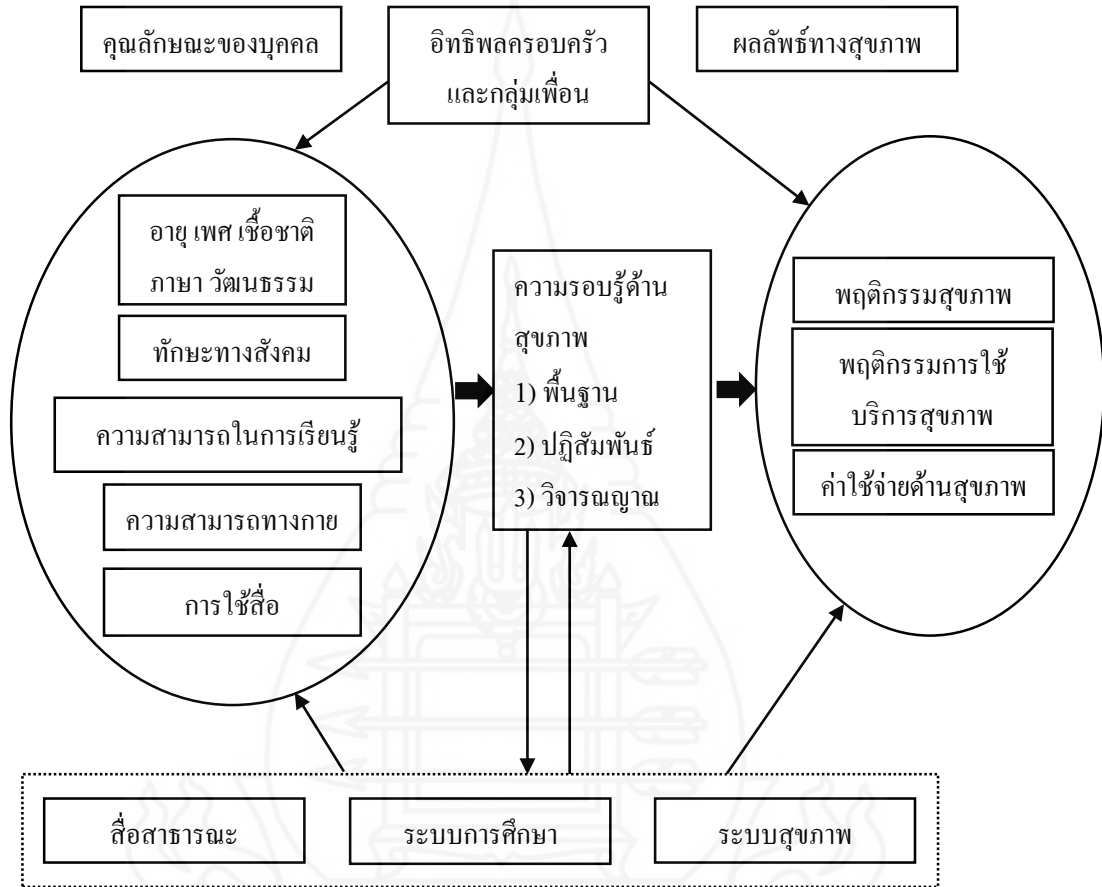
2) *กรอบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นของ Manganello* Jennifer A. Manganello (2008) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มวัยหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารในระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อย่างไม่ถูกต้องมากที่สุด โดยได้จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 4 ระดับคือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) และได้เพิ่ม 4) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ไว้ในลำดับสุดท้ายของระดับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นถูกพัฒนาขึ้นด้วยปัจจัยคุณลักษณะของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม การศึกษา รวมทั้งทักษะทางสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ (เช่น การฟัง การอ่าน การเขียน) ความสามารถทางกาย และการใช้สื่อ โดยมีอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ร่วมกับปัจจัยเชิงระบบ ได้แก่ สื่อสาธารณะ ระบบการศึกษา และระบบสุขภาพ ส่งผลในสถานการณ์ต่างๆ หากวัยรุ่นได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการ และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 2.1

3) *แผนผังแสดงขั้นตอนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ* องค์การอนามัยโลก (WHO, 2009) ได้เผยแพร่แผนผังขั้นตอนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยระบุว่าต้องมีการวินิจฉัยและจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่ม เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางและจัดกิจกรรมที่เหมาะสม การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีกระบวนการดังภาพที่ 2.2 ได้แก่ การพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ คือ การมีสมรรถนะพื้นฐานด้านการอ่าน การคิดคำนวณ และการเรียนรู้ (กล่องข้อความที่ 1) ซึ่งจะมีส่งผลโดยตรงต่อ ระบบข้อมูล การสื่อสาร และการศึกษา (กล่องข้อความที่ 2) โดยกล่องข้อความที่ 2 นี้จะมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาความรู้และความสามารถ (กล่องข้อความที่ 3) ทักษะการจัดระเบียบสังคมและการชี้แนะ (กล่องข้อความที่ 4) ทักษะการเจรจาและจัดการตนเอง (กล่องข้อความที่ 5)

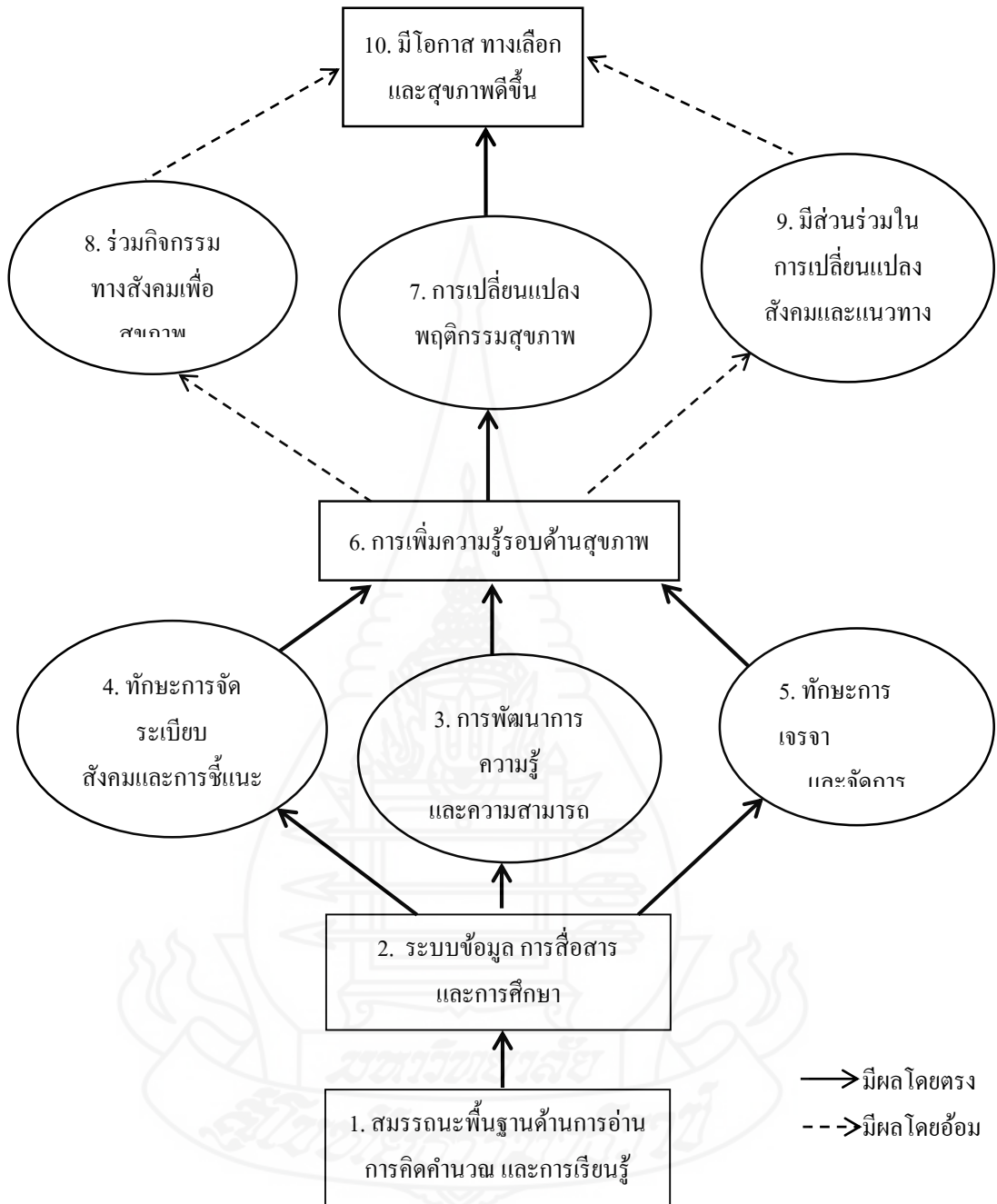
กล่องข้อความที่ 3 4 และ 5 นี้จะส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กล่องข้อความที่ 6) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (กล่องข้อความที่ 7) การมี

โอกาสทางเลือก และมีสุขภาพที่ดีขึ้น (กล่องข้อความที่ 10) ตามลำดับ ขณะเดียวกันกล่องข้อความที่ 4 5 และ 6 นี้จะมีผลโดยอ้อมต่อ การร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อสุขภาพ (กล่องข้อความที่ 8) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงสังคมและแนวทางปฏิบัติ (กล่องข้อความที่ 9) การมีโอกาทางเลือก และมีสุขภาพดีขึ้น (กล่องข้อความที่ 10) ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.1 กรอบการศึกษา health literacy ในกลุ่มวัยรุ่นของ Manganello

ที่มา: Manganello (2008) *Health literacy and adolescents: framework and agenda for future research*



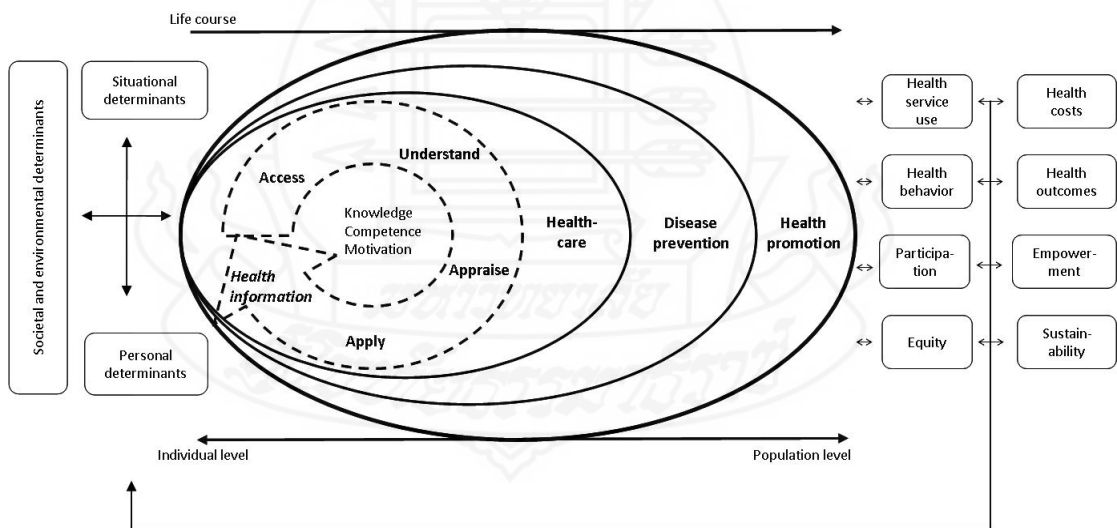
ภาพที่ 2.2 แผนผังแสดงขั้นตอนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา: Nutbeam, D. (2008), WHO (2009)

4) กรอบแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพกับการสาธารณสุข ผลจากการดำเนินโครงการ The European Health Literacy Survey (HLS-EU) ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2555 ดำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มประเทศยุโรป 8 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย บัลแกเรีย เยอรมนี กรีซ ไอซ์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ และสเปน โดยมีการกำหนดองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ความสามารถที่กำหนดในการสำรวจ และเป็นแนวทางการพัฒนาความสามารถดังกล่าว มุ่งศึกษาความสามารถในการเข้าถึง (access) ทำความเข้าใจ (understand) ประเมิน (appraise) และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ (apply) ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จำเป็นต้องอาศัยการสร้างความรู้ (knowledge) การพัฒนาสมรรถนะ (competency) และแรงจูงใจ (motivation) เป็นพื้นฐานเพื่อยกระดับความสามารถของตนเองให้มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอสำหรับการดำเนินชีวิต

ระดับความรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยกำหนดระดับบุคคล และปัจจัยกำหนดตามสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยกำหนดทางสังคมและสถานะแวดล้อมในชีวิตประจำวัน โดยระบบสุขภาพและการสาธารณสุขที่ดี สะท้อนได้ด้วยพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วม และการสร้างความเป็นธรรม ซึ่งมีผลต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพ ผลลัพธ์สุขภาพ พลังอำนาจ และความยั่งยืน ดังภาพที่ 2.3 (Sorensen K. et al., 2012)



ภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพกับการสาธารณสุข

ที่มา : Sorensen et al., (2012) *Health literacy and public health : a systematic review and integration of definitions and models*

5) *กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพตามระดับการพัฒนาและกลุ่มเป้าหมาย* แนวคิดและหลักการเรื่องการแบ่งระดับการพัฒนาของ Nutbeam, D. (2000) ซึ่งจำแนกความรู้ด้านสุขภาพ ออกเป็น 3 ระดับคือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical health literacy) นั้นได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มชาวยุโรป (The European Health Literacy Survey) จำนวน 8 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย บัลแกเรีย เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ และสเปน โดยกำหนดขอบเขตของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Pelikan et al, 2014) ดังนี้ เข้าถึง (access/obtain) กำหนดให้เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ เข้าใจ (understand) กำหนดให้เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประเมิน (process/appraise) กำหนดให้เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ นำข้อมูลไปใช้ (apply/use) กำหนดให้เป็นความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ ตัวอย่างดังตารางที่ 2.6

2.4.2 องค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ มีหน่วยงานและนักวิชาการได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญสำหรับการพัฒนา ดังนี้

1) *องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ในมาตรฐานสุขศึกษาระดับชาติ* ประเทศอเมริกา (The National Health Education Standards: NHES, 2018) กำหนดคุณลักษณะ 8 ประการ ที่ต้องการให้ผู้เรียนมีพัฒนาการตามช่วงชั้น ประกอบด้วย 1) มีความเข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 2) มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3) มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสม 4) มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงที่มีต่อสุขภาพ 5) มีทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ 6) มีทักษะการตั้งเป้าหมายเพื่อสุขภาพ 7) มีทักษะการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ 8) มีความสามารถในการชี้แนะเรื่องสุขภาพทั้งกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

ตารางที่ 2.6 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ จำแนกตามระดับการพัฒนาและกลุ่มเป้าหมาย

ระบบสุขภาพ	การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ				กลุ่มเป้าหมาย
	เข้าถึง (access/obtain)	เข้าใจ (understand)	ประเมิน (process/appraise)	นำข้อมูลไปใช้ (apply/use)	
การดูแล สุขภาพ	ความสามารถใน การเข้าถึงข้อมูล ทางการแพทย์ และคลินิก	ความสามารถใน การทำความเข้าใจข้อมูลทาง การแพทย์	ความสามารถใน การแปล ความหมายและ ประเมินข้อมูล ทางการแพทย์	ความสามารถใน การตัดสินใจต่อ ประเด็นทาง การแพทย์อย่าง ถูกต้อง	ผู้ป่วย
การป้องกันโรค	ความสามารถใน การเข้าถึงข้อมูล เกี่ยวกับปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถใน การทำความเข้าใจข้อมูล เกี่ยวกับปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถใน การแปล ความหมายและ ประเมินปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถใน การตัดสินใจต่อ ประเด็นปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพ	ผู้รับบริการ
การส่งเสริม สุขภาพ	ความสามารถใน การเข้าถึงข้อมูล ปัจจัยกำหนด สุขภาพ ในบริบท สังคมและสภาวะ แวดล้อมปัจจุบัน	ความสามารถใน การทำความเข้าใจข้อมูล ปัจจัยกำหนด สุขภาพ ใน บริบทสังคมและ สภาวะแวดล้อม	ความสามารถใน การแปล ความหมายและ ประเมินข้อมูล ปัจจัยกำหนด สุขภาพในบริบท สังคมและ สภาวะแวดล้อม	ความสามารถใน การตัดสินใจต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยกำหนด สุขภาพ ใน บริบทสังคมและ สภาวะแวดล้อม	ประชาชน ทั่วไป
ระดับขั้นการ พัฒนา	ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)	ขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy)	ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)	ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)	พิจารณา ระดับและ การพัฒนา ตามกลุ่ม เป้าหมาย

ที่มา: ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2561: 35)

2) องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของชาวแคนาดา กำหนดขึ้นโดย ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของชาวแคนาดา (The Canadian Education Research Information System: CERIS) มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการนับจำนวน 2) การรู้อย่างมีเหตุผล 3) การรู้เทคโนโลยี 4) การรู้วัฒนธรรม 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การรู้ทางคอมพิวเตอร์ (Begoray D. & Kwan B., 2011)

3) องค์ประกอบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป ตามโครงการ *The European Health Literacy Survey (HLS-EU)* ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2555 ดำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มประเทศยุโรป 8 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย บัลแกเรีย เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ และสเปน กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ค้นหาหรือเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) เข้าใจ 3) ประเมิน และตัดสินใจ และ 4) นำไปใช้ (Sorensen K. et al, 2012; Pelikan J.M. et al., 2014)

4) องค์ประกอบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศเอเชีย ประเทศในเอเชียที่มีการนำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการกำหนดองค์ประกอบเพื่อการประเมินและการพัฒนา สรุปได้ดังนี้

(1) ตามโครงการศึกษานำร่องเพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเมือง Tokyo ประเทศญี่ปุ่น (Ishikawa H. et al., 2008) กำหนดองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงวงเล็บ (access) 2) เข้าใจ (understand) 3) ตัดสินใจด้านสุขภาพ (health-related decisions) และ 4) ใช้ข้อมูลสุขภาพ (use health information)

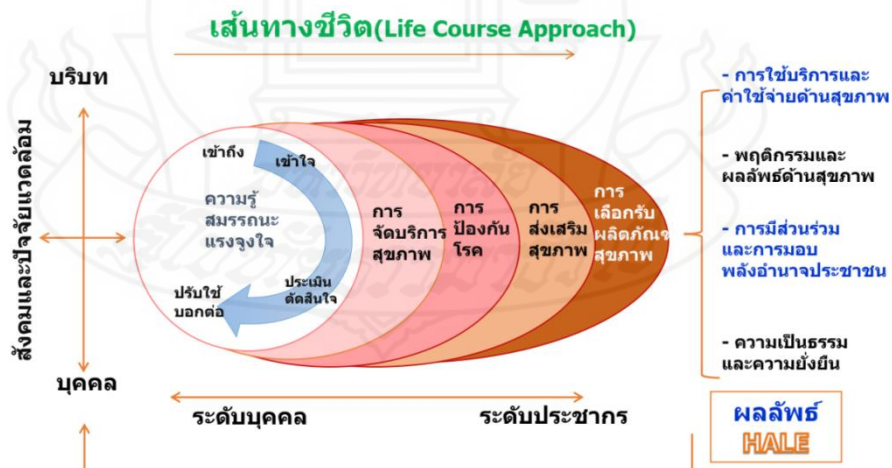
(2) กรอบแนวคิดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนจีน (Shen M. et al., 2015) กำหนดองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามประกาศของกระทรวงสุขภาพ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้และเจตคติ 2) ทักษะที่จำเป็นต่อสุขภาพและ 3) พฤติกรรมและวิถีชีวิต

(3) กรอบแนวคิดของการพัฒนาแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของชาวสิงคโปร์ (Health literacy Test for Singapore: HLTS) (Ko Y. et al., 2011) ใช้การปรับปรุงจากแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการนับจำนวน และ 2) ทักษะการอ่านข้อความ

(4) กรอบแนวคิดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่ใช้ภาษาจีนแมนดารินในไต้หวัน (Tsai T., Lee S.D. and Kuo Y.N., 2011) กำหนดองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ได้รับ 2) จัดการ 3) เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น และ 4) ตัดสินใจอย่างเหมาะสม

(5) กรอบแนวคิดของการพัฒนาแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อประเมินข้อจำกัดของผู้สูงอายุชาวเกาหลี (Lee T.W. et al., 2009) กำหนดองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การอ่านคำศัพท์สำคัญ ได้แก่ ชื่อเรียกภาวะที่มีน้ำหนักรเกิน ชื่อโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักรเกินในวัยเด็กและมีระดับความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2) การนับจำนวน ได้แก่ จำนวนน้ำที่ควรบริโภคเมื่อนับตามลักษณะที่บรรจุ และ 3) ความเข้าใจ ได้แก่ ชนิดของอาหารที่มีปริมาณไขมันสูง ชนิดของอาหารที่มีปริมาณไขมันต่ำ การเลือกชนิดอาหารที่ควรบริโภคเมื่อป่วยเป็นโรคหัวใจ

5) องค์ประกอบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้จัดทำโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ในปี พ.ศ. 2553-2554 กำหนดองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร ตนเอง (communication skills) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และ 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ 6) การจัดการตนเอง (self- management)



ภาพที่ 2.4 กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย

ที่มา: ปรับปรุงจาก Sorensen K. et al. Health literacy Project European (2012 อ้างถึงใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

2.5 เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ

2.5.1 เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพต่างประเทศ (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557, น. 27-29)

1) *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)* แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ ถูกพัฒนาขึ้นโดย Davis T.C. et al. (1991) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยทำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัด เพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม แบบประเมิน REALM นี้ประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่ายจำนวน 125 คำ วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตามจำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย ผู้ป่วยจะถูกขอให้อ่านคำทั้งหมดดังกล่าว โดยจะให้คะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบนี้ประมาณ 3-5 นาที

2) *Shortened version of the Rapid Estimate of Adult Literacy (S-REALM)* แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น ถูกพัฒนาขึ้นโดย Davis T.C. et al. (1997) เครื่องมือนี้คล้ายกับแบบประเมิน REALM ที่ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับมากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยจัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1-2 นาที

3) *Test of Functional Health Literacy in Adult (TOFHLA)* แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ ถูกพัฒนาขึ้นโดย Parker R.M. et al. (1995) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลีที่มีตัวเลข โดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์จากหน่วยให้บริการสุขภาพแบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่าน ประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และส่วนการทดสอบด้านตัวเลข ประกอบด้วย รายละเอียดของผลึกยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบอ่านและทำความเข้าใจ เป็นข้อความที่มีช่องว่างให้เติมคำ ประมาณ 5-7 คำ ผู้ถูกทดสอบอ่านและเลือกคำจากตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ทดสอบด้านตัวเลข มีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการทดสอบ ประมาณ 22 นาที

4) *The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult (S-TOFHLA)* แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข

ระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น ถูกพัฒนาขึ้นโดย Barker D.W. et al. (1999) เครื่องมือนี้คล้ายกับแบบประเมิน TOFHLA ที่วัดการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล โดยทำการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบ การอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที

5) *Medical Achievement Reading Test (MART)* แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ ถูกพัฒนาขึ้นโดย Hanson-Drivers E.C. (1997) เครื่องมือนี้มีความคล้ายกับแบบประเมิน REALM ที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ แบบทดสอบถูกออกแบบโดยคำนึงถึงเหตุผลสำคัญที่ต้องการทราบว่าทำไมแต่ละคนไม่สามารถอ่านได้ ได้แก่ คำที่ใช้ในทางการแพทย์ คำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา แผ่นพับ การศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็ก และการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาว ทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้ โดยใช้คำศัพท์ทางการแพทย์จำนวน 42 คำ ระยะเวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 3 – 5 นาที

6) *The Newest Vital Sign (NVS)* แบบทดสอบเพื่อการคัดกรองผู้มีข้อจำกัดด้านการอ่านและความเข้าใจของผู้ป่วยในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ถูกพัฒนาขึ้น โดย Weiss B.D. et al. (2005) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 3–5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมินซึ่งมาจากผลจากโภชนาการของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปลความหมาย และการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับ แบบทดสอบนี้ใช้เวลาสั้น และมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ต่ำ

7) *The Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adult (SAHLSA)* แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ภาษาสเปนในการพูดสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น ถูกพัฒนาขึ้น โดย Kim S.H. (2009) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้ภาษาสเปนเป็นหลัก ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน REALM และทำการแปลเป็นภาษาสเปน ประกอบด้วยการประเมินการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวน 50 คำ และใช้การสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาทดสอบประมาณ 3–6 นาที

8) *The e-Health Literacy Scales (eHEALS)* แบบประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ ถูกพัฒนาขึ้น โดย Norman C.D. & Skinner H.A. (2006) โดย eHEALS เป็นเครื่องมือที่พัฒนาเพื่อวัดความสามารถของบุคคลในการใช้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มประชากรในภาพรวม ข้อคำถามประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ Traditional, Information, Health, Computer,

Media และ Scientific literacy ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีระยะเวลาในการทำแบบทดสอบ

2.5.2 เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2556-2559 มีการพัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของ Nutbeam D. (2008) เป็นหลักที่มี 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูล (access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ประกอบด้วย ด้านทักษะการสื่อสาร (communication skills) และด้านการจัดการตนเอง (self- management) 3) ระดับวิจารณ์ (Critical health literacy) ประกอบด้วย ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และด้านทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ซึ่งแนวคิดนี้ สามารถเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดทั้งในการดูแลรักษาทางคลินิก หรือในกลุ่มผู้ป่วย และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยง (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ได้แก่

1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทย ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86

2) แบบวัด ABCDE-HL Scale of Thai Adults ตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งฉบับยาวมี 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.67-0.91 ฉบับสั้นมี 19 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.60-0.79

3) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health literacy Scale for Thai Childhood Overweight) มี 35 ข้อมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.70-0.82

4) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร สำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี (Health literacy Scale for Unwanted Pregnancy prevention of Thai Female Adolescents) มี 38 ข้อมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.87-0.90 สำหรับผลการประเมินเพื่อประเมิน HL โดยมีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดคะแนนที่ได้ต่ำกว่า 60% คือ ไม่ดี คะแนนอยู่ในช่วง 60- ≤80% คือพอใช้ และ 80% ขึ้นไปคือ ดีมาก ตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของ Bloom BS. (1968)

5) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ สำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-14 ปี เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุขศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2558 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ซึ่งฉบับยาวมี 51 ข้อ มีค่า Cronbach's ระหว่าง 0.69- 0.77 และฉบับสั้นมี 30 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.55-0.81

6) แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (*Health literacy*) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 145 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.54-0.97 โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 2 ช่วงคือ ผู้อยู่ในระดับรู้แจ้ง คือ ระดับคะแนน $\geq 75\%$ และในระดับรู้จัก มีคะแนนอยู่ที่ระดับ $< 75\%$

7) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยฉบับทั่วไป (*General Thai Health literacy Scales*) จำนวน 47 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีค่า Cronbach's alpha ทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 มีรายละเอียดดังนี้

(1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 พัฒนาขึ้นโดยนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดชา เกตุหน้า (2554) เครื่องมือพัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam โดยวัดจาก 4 ด้านคือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.86

(2) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (The ABCDE health literacy scale of Thai adults) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2556 (Intarakamhang U & Kwanchuen Y, 2016) โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ เริ่มต้นจากการสังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี พ.ศ.1996-2013 จำนวน 29 เรื่อง ทำให้ได้องค์ประกอบการวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับตามนิยามของ Nutbeam D. (2008) และ Edward M., Wood F., Davies M. & Edwards A. (2012) คือระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย 3) สื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ และ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ระดับวิจารณ์ญาณ ประกอบด้วย 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และนำแบบวัดไปตรวจสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 13 จังหวัด รวม 4,401 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

(3) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กไทยและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (*Health literacy scale for Thai childhood overweight*) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น

โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2557 (Intarakamhang U & Intarakamhang P, 2017) ซึ่งสังเคราะห์องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพจากงานวิจัยฉบับเต็มที่เผยแพร่ในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000-2013 ที่ใช้วัดกับเด็กและเยาวชน จำนวน 6 เรื่อง ทำให้ได้องค์ประกอบ 6 ด้านตามนิยามของ Nutbeam D. (2008) และนำแบบวัดไปตรวจสอบกับกลุ่มเด็กและวัยรุ่นอายุ 9-14 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Body Mass Index; BMI 22-25 kg/m²) ด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามสังกัดโรงเรียนและจังหวัดที่ตั้งใน 4 ภาคของประเทศไทย รวม 2,000 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

(4) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น 15-21 ปี (Health literacy scale for unwanted pregnancy prevention of Thai female adolescents) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2557 (อังคินันท์ อินทรกำแหง และชัยชนก ชุมทอง, 2560) ได้องค์ประกอบการวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับ ตามนิยามของ Nutbeam D. (2008) และนำแบบวัดไปตรวจสอบกับนักเรียนและนักศึกษาเพศหญิง อายุ 15-21 ปี ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาสังกัด 1) สำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น 3) คณะกรรมการการอุดมศึกษา 4) สำนักงานอาชีวศึกษาและ 5) สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กองการศึกษาผู้ใหญ่ รวม 2,000 คน ที่กระจายทั้ง 4 ภาค ในประเทศไทย ผลวิเคราะห์พบว่าแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีคุณภาพอยู่ในระดับดี

(5) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ สำหรับเด็กวัยเรียน อายุ 7-14 ปี เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2558 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยพัฒนาเครื่องมือตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) และปรับปรุงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 30.2ส. ในบริบทเนื้อหาที่ต่างกัน หลังจากนั้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้ในกลุ่มนักเรียน ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล จำนวน 100 คน ซึ่งมีจำนวน 44 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จากประจำ นานๆครั้ง และแทบไม่เคยเลย ทั้งนี้แบบวัดนี้ได้นำไปใช้ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ ของกลุ่มเด็กและเยาวชนในระยะก่อน (กุมภาพันธ์ พ.ศ.2558) และหลัง (กรกฎาคม พ.ศ. 2558) ดำเนินการถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายในตำบลจัดการสุขภาพ จำนวน 5,558 คน ผลวิจัยพบว่าภายหลังการถ่ายทอดความรู้และการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบ

รู้ด้านสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ($p < 0.05$) และเมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาตินั้น พบว่าอยู่ในระดับดี

(6) เครื่องมือวัดความรู้แจ้งแแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นีละไพจิตร, 2559) ทำการทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพที่มีคลินิกโรคเรื้อรังใน 76 จังหวัดๆละ 1 แห่ง รวม 3,676 คน จังหวัดละ 40-50 คน ที่ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน 10 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10 คน และผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 30 คน โดยประมาณ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามของแบบวัด คือ 1) แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ 2 ข้อ 2) แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ 66 ข้อ 3) แบบทดสอบความเข้าใจตัวเลข 8 ข้อ 4) แบบประเมินความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ 5 ข้อ 5) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจโรค/การปฏิบัติตัว 36 ข้อ 6) แบบประเมินการปฏิบัติสื่อสารในกรณีฉุกเฉินปัญหาต่างๆ 17 ข้อ 7) แบบประเมินการตัดสินใจ 11 ข้อ

(7) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยฉบับทั่วไป (General Thai health literacy scales) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Osborne R.H. et al. (2013) เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปมี 9 องค์ประกอบ แต่ในการพัฒนาแบบวัดครั้งนี้ ได้วิเคราะห์เนื้อหา นิยามความหมาย และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ทำให้ได้กลุ่มข้อคำถาม จำนวน 5 องค์ประกอบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ที่มีอายุ 7-14 ปี ในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ) สำนักงานการศึกษาท้องถิ่นและสำนักงานการศึกษาเอกชน 2) กลุ่มวัยรุ่น 15-24 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัด สพฐ ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา และมหาวิทยาลัย 3) กลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี ที่ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และไม่ได้ทำงานนอกร้าน อาศัยอยู่ในชุมชน 4) กลุ่มผู้สูงอายุ 60-75 ปี ที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และกลุ่มที่อาศัยในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยได้จากการกำหนดโควตาจาก 4 ภูมิภาคๆ 1,000 คน และแต่ละภูมิภาคประกอบด้วยกลุ่มวัยละประมาณ 250 คน ในแต่ละภูมิภาค รวม 4,000 คน โดยมีการสุ่มหลายขั้น ขั้นที่ 1 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ใช้จังหวัดเป็นกลุ่ม มาภูมิภาคละ 2 จังหวัด ขั้นที่ 2 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยการแบ่งประชากรแต่ละจังหวัด และกำหนดโควตาให้ครอบคลุมกลุ่มอายุทั้ง 4 กลุ่มเท่าๆกัน ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัด มีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.97 และเมื่อนำแบบวัดไปใช้แยกกลุ่ม ก็ยังคงมีความเชื่อมั่น

อยู่ในระดับสูง ได้แก่ กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่ และกลุ่มสูงวัย โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96, 0.95, 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ และคุณภาพของแบบวัดที่นำไปใช้ในกลุ่มรวมพบว่า ได้ผลอยู่ในระดับดี

สรุป แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นจากการให้ความสำคัญขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชาติสมาชิก พร้อมทั้งเป็นกรอบการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นทั่วหน้า ซึ่งมีความเหมือนกันทั่วโลกคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นผลลัพธ์ระยะแรกของการดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพประชาชนให้พึ่งตนเองได้ด้วยการใช้ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมของบุคคลเอง อันนำไปสู่การมีผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และระดับประเทศ สำหรับงานวิจัยนี้ได้ใช้องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งได้กำหนดคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4) การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

3. พฤติกรรมสุขภาพ

3.1 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันอย่างสมดุล (เลิศลักษณ์ เรื่องทอง, 2561, น. 10)

3.1.1 พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และสุขอนามัยส่วนบุคคล

การที่จะทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความรู้สึกระหนักจากภายในตนเองก่อน จนรู้สึกอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง โดยบุคคลนั้นต้องรับรู้ความสามารถของตนเองว่า ตนเองจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมาย วางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีทั้งหมด 5 พฤติกรรม ดังนี้ (เลิศลักษณ์ เรื่องทอง, 2561, น. 11-12)

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

- (1) ลดอาหารไขมันสูง อาหารทอด
- (2) ลดอาหารหวาน ลดปริมาณน้ำตาล ร่างกายควรได้รับน้ำตาลไม่เกิน

วันละ 6 ช้อนชา

(3) ลดอาหารเค็ม ลดปริมาณโซเดียม เช่น ลดการใช้น้ำปลา เกลือ และเครื่องปรุงรสต่างๆ ชิมอาหารก่อนเติมเครื่องปรุงรส โดยควรกินเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือกินโซเดียมไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน

(4) เพิ่มปริมาณการกินผักสดและผลไม้รสไม่หวานให้มากขึ้น หลากหลายสี โดยกินทุกวันอย่างน้อยวันละครั้งกิโลกรัม

2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย

(1) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละไม่น้อยกว่า 30 นาที

(2) ลักษณะการออกกำลังกายควรเป็นแบบการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง (Aerobic Exercise) เช่น เดิน เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ จักรยาน เป็นต้น

3) พฤติกรรมการจัดการความเครียดทางอารมณ์

เมื่อเริ่มมีความเครียด ควรหาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกลมหายใจ การท่องเที่ยว การดูภาพยนตร์ การเล่นกีฬา พูดคุยกับญาติหรือเพื่อน เป็นต้น

4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ หรือยาเส้น

5) พฤติกรรมการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลด ละ เลิกการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.1.2 พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุหลักของการเกิดปัญหาสุขภาพโรค

อัตราป่วยด้วยโรควิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ตั้งแต่ พ.ศ. 2548-2553 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสาเหตุหลักสำคัญ ล้วนเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การบริโภคไม่เหมาะสม ทั้งในส่วนของการบริโภคผักและผลไม้ น้อย บริโภคหวาน มัน เค็ม มากไป สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก ออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีความเครียด เป็นต้น

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุลส่งผลต่อสุขภาพที่เสื่อมถอยก่อนวัยอันควร และที่พบมากที่สุดคือ บริโภคผักและผลไม้ น้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผักและผลไม้เป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุและใยอาหาร ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพ ใยอาหารจะทำให้อาหารผ่านทางเดินอาหารด้วยระยะเวลาที่สั้นกว่าอาหารประเภทเนื้อสัตว์ จึงเป็นการลดเวลาที่แบคทีเรียในลำไส้จะสร้างสารก่อมะเร็ง และใยอาหารยังช่วยลดคอเลสเตอรอลไม่ดีในเลือด ช่วยในการย่อย ดูดซึมคาร์โบไฮเดรตจากอาหารช้าลง ทำให้น้ำตาลที่ถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ นอกจากนั้นยังพบว่า มีการบริโภค หวาน มัน เค็ม มากไป

หวานมาก จะทำให้เกิดโทษและโรคอ้วน โรคเบาหวาน ที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดขาดความสมดุลและความหวานยังทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคไต

มันมาก ไขมันจะสะสมอยู่ในร่างกายทำให้เป็นโรคอ้วน โดยเฉพาะคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL) มีมากเกินไปจะไปอุดตันเส้นเลือด และเป็นต้นเหตุของโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองตีบ ความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็งบางชนิด

เค็มมาก เกิดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เพราะรสเค็มทำให้ร่างกายกักเก็บน้ำมากขึ้น จึงทำให้เลือดในร่างกายไหลเวียนช้า ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจและไตทำงานหนักขึ้น

จะเห็นว่าการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน เป็นต้น

2) พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือไม่ได้ออกกำลังกาย ออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือไม่ออกกำลังกายเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง อ้วนและโรคมะเร็ง เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นการเพิ่มปริมาณเลือด ช่วยให้หลอดเลือดไม่เปราะ มีความยืดหยุ่นดี ทำให้คอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นไขมันที่จะไปเกาะตามผนังหลอดเลือด เกิดการอุดตันลดลง ดังนั้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที จะช่วยป้องกันโรคหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตลดลง ช่วยลดน้ำหนักตัว และลดรอบเอวและนอกจากนั้นการออกกำลังกายทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ช่วยลดความเครียด

3) พฤติกรรมความเครียด บุคคลเมื่อเกิดความเครียด จะแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เช่น

ทางร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจและระบบการหายใจผิดปกติ ปวดศีรษะ ในระยะยาวจะส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร

ทางจิตใจ ความเบื่อหน่าย ความคิดเชิงลบ หลงลืม ไม้ใส่ใจ

ทางพฤติกรรม เบื่ออาหาร น้ำหนักลดหรือเพิ่มผิดปกติ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุราร่วมด้วย

4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การสูบบุหรี่และดื่มสุราจะเกิดโทษต่อร่างกาย หลายประการด้วยกัน เช่น เกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หากดื่มมาก ความดันก็จะสูง ยิ่งดื่มมากยิ่งสูงมาก ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ที่ดื่มสุราเป็นปริมาณมากและเรื้อรังจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจวาย และนอกจากนั้น

การดื่มสุรายังมีผลทำให้สมองฝ่อก่อนวัย โรคตับแข็ง มะเร็งปาก ปอด หลอดอาหาร ตับอ่อนและคอหอย หลอดลมอักเสบร่วมด้วยจะทำให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

สรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส. (เหล้า บุหรี่) ในการควบคุม 5 โรคเรื้อรังอันตราย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งกับกลุ่มเป้าหมายประชาชนวัยทำงานทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2560 ภาพรวมพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี การส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในการลดการเกิดโรคเรื้อรัง ดังนั้นกลุ่มวัยทำงานควรปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังได้ดังนี้

อ.1 คือ อาหาร รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบทั้ง 5 หมู่ ลดความหวานมัน เกล็ด เพิ่มผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้ไขมันซ้ำหลายๆ ครั้ง กินอาหารหลากหลาย

อ.2 คือ ออกกำลังกาย การออกกำลังกายทำให้แข็งแรง อายุยืน โดยออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที และทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน

อ.3 คือ อารมณ์ เลือกริธีที่ถนัด สนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน ลดความเครียดมีความสุข เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ นอนหลับพักผ่อน ปลูกต้นไม้ พูดคุยพบปะกับเพื่อนฝูง

ส.1 คือ ลดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นมะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง ปอดอุดตันเรื้อรัง และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

ส.2 คือ ลดการดื่มสุรา การดื่มสุราทำให้ความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจเพิ่มโอกาสเสี่ยงเป็นตับอักเสบ ตับแข็ง ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

3.2 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

3.2.1 แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE – PROCEED MODEL

แบบจำลอง (Model) การวางแผน โครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย แต่ที่เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ.1987 จนถึงปัจจุบันคือทฤษฎี PRECEDE – PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter (อ้างในเบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2550)

3.2.2 แบบจำลองดังกล่าวนี้เป็นแบบจำลองการวางแผน แต่ก็มีนักวิชาการและนักปฏิบัติจำนวนไม่น้อยนำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้ที่นำแบบจำลองนี้ไป

ใช้เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ปัจจัยนำเข้า (Predisposing factors)ว่าจะใช้แนวคิดตามโครงสร้างทางจิตวิทยาอะไรมาวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกรอบแนวคิด PRECEDE – PROCEED MODEL ประกอบด้วยระยะการวินิจฉัย (PRECEDE) 4 ระยะ (ระยะที่ 1-4) และระยะการดำเนินการตามแผนและประเมินผล (PROCEED) 4 ระยะ (ระยะที่ 5-8)

PRECEDE – PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษาโดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย ปัญหาและสาเหตุของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหาร การศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัย จึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง จึงจะสามารถกำหนดวิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้วแบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

3.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีนักวิชาการได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556, น. 12-14) ได้สรุปสาระสำคัญ แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับจังหวัด โดยทำการวิเคราะห์พฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม จะประกอบไปด้วย 3 กลุ่มปัจจัยตามแนวความคิดของ Lawrence W. Green ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนี้

1) **ปัจจัยนำ (Predisposing factors)** หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีเหตุผลอันจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนและถาวรต่อไป ปัจจัยที่สำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่

(1) ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เรียกว่า Essential Knowledge และเป็นความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ภายใต้ระบบวิถีชีวิตที่เป็นอยู่

(2) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock และคณะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ของ Bandura เป็นต้น

(3) ค่านิยม เจตคติ ฯลฯ

(4) ทักษะที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นปัจจัยนำที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ

(5) ปัจจัยด้านประชากร ถือเป็นกลุ่มปัจจัยนำอย่างหนึ่ง แต่มีความสำคัญน้อยกว่าปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้ว

2) *ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors)* หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่จำเป็นต้องมีหรือเกิดขึ้นก่อนที่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือไม่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น ปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น บริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข สิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะใช้ประกอบการกระทำพฤติกรรม เช่น อาหารสำหรับพฤติกรรมกรบริโภค บุหรี่ก็เป็นปัจจัยเอื้อที่ไม่พึงประสงค์ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่

3) *ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)* หมายถึง ปัจจัยภายนอกทางสังคม ที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้น เกิดได้เร็วขึ้น ยั่งยืน หรือช้าลง ปัจจัยเสริมเป็นได้ทั้ง บุคคล เช่น แม่ตัวอย่าง ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มเครือข่ายชมรม สมาคม หรือกฎระเบียบของกลุ่มของชุมชน ของสังคม วิถีชีวิตวัฒนธรรม รวมทั้งระเบียบปฏิบัติกฎหมายของบ้านเมือง เป็นต้น

อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ (2553, น. 134) ได้สรุปสาระสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ดังนี้

- 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่
- 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา
- 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา

วิไลวรรณ จงรัชต์ศักดิ์ (2548, น. 80) ได้สรุปสาระสำคัญของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดังนี้

- 1) เพศ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ
- 2) คณะที่เรียน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ
- 3) รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ

เพชร พงษ์ศักดิ์ชาติ (2561, น. 44) ได้สรุปสาระสำคัญของปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

- 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ภาษาความเชื่อ เจตคติ ความรู้ ทักษะความสามารถส่วนบุคคล วิธีการดำเนินชีวิต ระดับความตึงเครียด

ทางอารมณ์ 2) ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะทางปัญญา ทักษะการสื่อสาร และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 3) ปัจจัยระดับสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน

ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562, น. 116-123) กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการสื่อสาร 3) ทักษะการตัดสินใจ 4) การรู้เท่าทันสื่อ 5) การจัดการตนเอง

ฐาปนี สิริรุ่งเรือง (2559) ได้สรุปสาระสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพ ศาสนา ดัชนีมวลกาย 2) ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3) เจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

นพมาศ โกศล และคณะ (2562, น. 1608) สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ดังนี้ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม 3) ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ดังนี้ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561, น. 104) สรุปว่าปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

สรุป จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ดังนี้ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะ รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากความสามารถในการใช้เหตุผลหรือการวิเคราะห์ผลดีและผลเสียเพื่อเลือกวิธีปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนการประมวลข้อมูลพื้นฐานอันจะนำมาซึ่งการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม ที่ประกอบด้วย ความรู้

ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งตัวแปรดังกล่าวนิยมนำมาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

สมคิด สวนศรีและคณะ (2560, น. 23) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2558 จำนวน 400 คน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง (ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ (สัปดาห์ละ 5-7 ครั้ง) คือ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านที่ปฏิบัติปานกลาง (ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง) คือ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) คือ ด้านกิจกรรมทางกาย

ณัฐภัตสร ศรีคง (2553, น. 71) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 256 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมากเนื่องจากเป็นนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งจะเป็นบุคลากรสาธารณสุขในอนาคต จึงควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพื่อเป็นแบบอย่างสำหรับบุคคลทั่วไป ข้อเสนอแนะ พฤติกรรมบริโภค การออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพยังเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาในนักศึกษาปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนั้นมหาวิทยาลัยและคณะจึงควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องดังกล่าว

อานนท์ สีดาเพ็ง และนิคม มูลเมือง (2556, น. 71-82) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้ 6 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการงดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/สารเสพติด ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านเพศสัมพันธ์ พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.55$, S.D.=0.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{x} = 3.34$, S.D.=0.47) ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 3.29$, S.D.=0.63) ด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{x} = 3.40$, S.D.=0.51) และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ($\bar{x} = 3.59$, S.D.=0.59) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควร

จัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพในด้านดังกล่าว ข้อเสนอแนะ การจัดกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ควรจัดให้นักศึกษาได้ใช้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการป้องกันอุบัติเหตุให้แก่นักศึกษา เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และเพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

วานิช สุขสถาน (2560, น. 252-258) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลสวนสุนันทา ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 310 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=130.47$, S.D. = 15.86) ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ระดับปานกลาง ($\bar{x}=14.60$, S.D. = 3.48) ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ระดับปานกลาง ($\bar{x}=15.64$, S.D. = 3.92) ด้านโภชนาการ ระดับปานกลาง ($\bar{x}=14.08$, S.D. = 3.78) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ระดับสูง ($\bar{x}=18.64$, S.D. = 3.12) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ระดับสูง ($\bar{x}=22.84$, S.D. = 3.92) และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=17.32$, S.D. = 2.84) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้ผู้บริหาร และคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารในระดับเหมาะสม การจัดการความเครียด และควรส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ

อัจฉรา ปุราคม และยอดแก้ว แก้วมิ่งสา (2556, น. 36) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=2.73$, S.D. = 0.32) แต่พบว่า พฤติกรรมที่อยู่ในระดับพอใช้ คือ 1) ด้านอุบัติเหตุและการรักษาความปลอดภัย ($\bar{x}=2.50$, S.D. = 0.50) เนื่องจากนิสิตส่วนมากจะใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทาง ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจรซึ่งจะพบว่า การเมาแล้วขับรถจักรยานยนต์ นิสิตจะปฏิบัติเป็นประจำสูงที่สุด จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 การขับขี่รถจักรยานยนต์ย้อนศร จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 ฝ่าฝืนสัญญาณไฟและเครื่องหมายจราจร จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 และ 2) ด้านการบริโภคแอลกอฮอล์และสารเสพติด ($\bar{x}=2.49$, S.D. = 0.53) นิสิตส่วนมากเคยทดลองสูบบุหรี่ และรวมกลุ่มกับเพื่อนเพื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมาจากปัจจัยทางสังคมที่สนับสนุนให้มีแรงจูงใจในบริโภคแอลกอฮอล์และสารเสพติด การมีสถานเริงรมย์ ร้านอาหารที่จำหน่ายแอลกอฮอล์ใกล้กับมหาวิทยาลัยและหอพักซึ่งจะสะดวกในการซื้อจึงทำให้เป็นสาเหตุที่ดื่มสุรา

สรุป จากการทบทวนหลักการแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ขึ้นไป ด้านที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพต่ำ คือ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย การที่พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ สามารถผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพตั้งไว้ แต่อาจจะไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีาวได้

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

กรกนก ลัทธนันท์ และจันทร์เพ็ญ นิลวัชรฉนิ (2562, น. 277-289) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2561 จำนวน 419 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 30 2ส ที่พัฒนาโดยกองสุขศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ ระดับวิจารณ์ญาณของนักศึกษาทุกชั้นปีอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ปี 2556) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลกับของประชาชนทั่วไปไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนและปรับปรุงหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน โดยจัดทำแนวทางพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี และมีการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

วัชรพร เขยสุวรรณ และอมลวรรณ ต้นแสนทวี (2561, น. 250-266) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 160 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์อยู่ในระดับขั้นพื้นฐานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 38.75 และระดับวิจารณ์ญาณ คิดเป็นร้อยละ 1.25 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.88 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 12.50 ควรส่งเสริมให้ นักเรียนพยาบาลมีการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการปฏิบัติเป็นประจำตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.12 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 34.38 และระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 2.50 ควรให้การส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพ เช่น การจัดมุมความรู้ เว็บไซต์สุขภาพ ป้ายนิเทศการ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.38 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ คิดเป็น

ร้อยละ 43.75 ควรส่งเสริมให้มีทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยอาจใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือการเป็นแบบอย่างในการสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้รับบริการ

ทรงพรรณ จินาพงศ์ (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ และกิจกรรมทางกายของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นกรุงเทพฯ เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. และกิจกรรมทางกายของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 385 คน โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปฉบับปรับปรุงปี 2561 พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และแบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับสากล พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ มีระดับกิจกรรมทางกายที่พอเพียง โดยมีความหนักของกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพชร พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ (2561, น. 20-32) ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครรัตนวชิระ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 272 คน พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความเข้าใจข้อมูล ($r = 0.124, p < 0.05$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = 0.121, p < 0.05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตัดสินใจ กับพฤติกรรมสุขภาพ สรุป นักศึกษาที่มีความรอบรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสมด้วย

จิระภา จำพิสุทธิ์ (2561, น. 67-78) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ชั้นปีที่ 2 จากคณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 326 คน และสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่งานกิจการนิสิต และนิสิต จำนวน 21 คน การสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า นิสิตมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง ($\bar{x} = 3.87, S.D. = 0.97$) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ($\bar{x} = 18.37, S.D. = 2.86$) ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.33, p < 0.01$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม โดยด้านที่มีความสัมพันธ์สูงสุด 3 อันดับ

ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($r = 0.358, p < 0.01$) รองลงมาได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($r = 0.305, p < 0.01$) และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($r = 0.226, p < 0.01$) การสนทนากลุ่มได้แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเห็นว่าควรมีการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เน้นการปลูกฝังค่านิยมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ โดยผ่านการสื่อสารที่ทันสมัย ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัย เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรม สำหรับนิสิตควรให้ความสนใจแสวงหาความรู้ มีความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ

ศิริวรรณ ชอบธรรมสกุล (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน ผลการวิจัย พบว่านักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.50, S.D. = 0.44$) พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.15, S.D. = 0.38$) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = 0.283, p < 0.001$) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($r = 0.424, p < 0.001$) ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ($r = 0.637, p < 0.001$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r = 0.373, p < 0.001$) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = 0.568, p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้ทางสุขภาพในภาพรวม ($r = 0.574, p < 0.001$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ สรุป ความรู้ด้านสุขภาพจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ กล่าวคือ หากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และสามารถจัดการตนเองได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ซึ่งโรคอ้วนเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อ

นพมาศ โภสกล และคณะ (2562, น. 1608) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี จำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรม

สุขภาพตามหลัก 3๐2๕ พบว่า องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3๐2๕ ได้แก่ ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($\chi^2 = 51.60$, $p < 0.001$) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($\chi^2 = 22.04$, $p < 0.001$) ด้านการจัดการตนเอง ($\chi^2 = 19.71$, $p < 0.05$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\chi^2 = 26.65$, $p < 0.001$) และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม ($\chi^2 = 31.24$, $p < 0.001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและด้านตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องสรุป เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม ทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อที่ดีก็จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๐2๕ ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และขาดการออกกำลังกาย ดังนั้นการที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพและลดการเกิดโรคลงนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากจะทำให้ประชาชนมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นได้

พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561, น. 97-107) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๕ ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 84 ราย โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๕ ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปีของกองสุขศึกษากรมนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 73.81 และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 52.38 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3๐2๕ พบว่า องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3๐2๕ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = 0.3109$, $p < 0.05$) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($r = 0.4117$, $p < 0.001$) ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ($r = 0.5016$, $p < 0.001$) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = 0.2966$, $p < 0.05$) และความรอบรู้ด้านด้านสุขภาพโดยรวม ($r = 0.4824$, $p < 0.001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ข้อเสนอแนะ ทุกประเด็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ผู้บริหารมีบทบาทเป็นผู้นำองค์กร ต้องประพฤติตนเป็นตัวอย่างให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้น่าจะไม่เพียงพอ ควรจะผลักดันให้ทุกคนในองค์กรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีด้วย

ณิชรรัตน์ นฤมลดี และยุวรงค์ จันทรวิจิตร (2560, น. 108-119) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับ โรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 350 คน พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.69$, S.D.= 0.56) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านการจัดการตนเอง อยู่ระดับปานกลาง 2) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.22$, S.D.= 0.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านอาหาร และด้านอารมณ์ อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = 0.181$, $p < 0.001$) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($r = 0.143$, $p < 0.001$) และความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม ($r = 0.136$, $p < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนให้มีนโยบายในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ โดยไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้เท่านั้น แต่กระบวนการจัดกิจกรรมจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทักษะพื้นฐานของความฉลาดทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมด้านการเข้าถึงข้อมูลและทักษะการสื่อสาร

สรุป จากการทบทวนหลักการแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า 1) ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ขึ้นไป 2) ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ขึ้นไป 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยส่วนมากพบว่าความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และความรู้ทางสุขภาพในภาพรวม

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

4.3.1 เพศ

เพศ คือ รูปลักษณะที่แสดงความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2551) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษาของ อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แยม (2557) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ โดยเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง ($r = -0.131$, $p < 0.01$) โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกาย

ส่วนการศึกษาของวิไลวรรณ จงรัชต์สัจย์ (2548) ในนักศึกษามหาวิทยาลัย เชียงใหม่ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ($r = 0.277, p < 0.001$) โดยนักศึกษาหญิงมีพฤติกรรมด้านสุขภาพดีกว่านักศึกษาชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ซาฮีน และคณะ (Shaheen et al., 2015) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยในจอร์แดน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ($p < 0.001$)

สรุป จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเพศใดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า

4.3.2 อายุ

อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะและมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ดังนั้นอายุจึงมีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (นันทรัตน์ ภูประเสริฐ, 2541) จากการศึกษาของสุรัตน์ รุ่งเรืองและ สมเกียรติ สุขนันทพงศ์ (2554) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอานนท์ สีดาเพ็ง (2556) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้ และสมคิด สนวนศรี (2560) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมงคลชัยบุรี พบว่าอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ($p < 0.05$) โดยนักศึกษา ที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก เพราะนักศึกษาที่มีอายุมาก มีกิจกรรมเกี่ยวกับการเรียนที่มาก ทำให้ไม่มีเวลาปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตรงข้ามกับการศึกษาของอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แย้ม (2553) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของอัจฉรา ปุราคม (2556) ในนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน พบว่าอายุแตกต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อายุของ นักศึกษาอยู่ในช่วงวัยใกล้เคียงกัน การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็จะคล้ายคลึงกัน

สรุป การศึกษาที่ผ่านมาข้อมูลสนับสนุนทั้งในด้าน อายุมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา บริบทของสถาบันการศึกษา รวมถึงสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ที่แตกต่างกัน

4.3.3 ชั้นปีที่กำลังศึกษา

การศึกษามีผลต่อระดับความเข้าใจ (Maville & Huerta, 2008) ด้วยการศึกษากลาย เป็นพื้นฐานสำคัญในการทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของ สุขภาพและการแสวงหาหนทางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นระดับชั้นปีที่สูงจึงมีแนวโน้มที่จะ

มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา (2560) ในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และการศึกษาของสุรัตน์ รุ่งเรืองและสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2554) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี พบว่าชั้นปีที่กำลังศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา ปุราคม (2556) ในนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน พบว่าระดับชั้นปีแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน ($p < 0.05$)

ตรงข้ามกับการศึกษาของอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์เข้ม (2553) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่ พบว่าชั้นปีที่กำลังศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของณัฐภััสสร ศรีคง (2553) ในนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าชั้นปีที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระดับชั้นปีที่กำลังศึกษานั้นเป็นเพียงระดับของการศึกษาเท่านั้น แต่การหาความรู้เรื่องสุขภาพนั้นไม่ได้มีในตำราเรียนเพียงอย่างเดียว สามารถหาความรู้เรื่องสุขภาพได้จากทุกสื่อ

สรุป การศึกษาที่ผ่านมามีข้อมูลสนับสนุนทั้งในด้าน ชั้นปีที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และชั้นปีที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา บริบทของสถาบันการศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่แตกต่างกัน

4.3.4 คณะ

คณะที่กำลังศึกษา ทำให้ผู้เรียนมีความรู้ด้านสุขภาพ และได้เรียนรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ดังนั้นคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือคณะที่เรียนรายวิชาส่งเสริมสุขภาพมาก จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า คณะที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของสุรัตน์ รุ่งเรืองและสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2554) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี และการศึกษาของวิไลวรรณ จงรัชต์ยศ (2548) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า คณะที่เรียนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ($r = 0.152, p < 0.001$) โดยนักศึกษากลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีแนวโน้มพฤติกรรมด้านสุขภาพดีกว่านักศึกษากลุ่มสาขาวิชาอื่น ส่วนการศึกษาของอัจฉรา ปุราคม (2556) ในนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน และการศึกษาของอานนท์ สีดาเพ็ง (2556, น. 77) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้ พบว่านิสิตที่ศึกษาคณะแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตรงข้ามกับการศึกษาของอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์เข้ม (2553) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่ พบว่าคณะที่เรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากคณะที่เรียนเป็นเพียงสาขาวิชาที่นักศึกษาเลือกเรียนเท่านั้น แต่การหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพนั้น ไม่ได้มีเพียงในตำราเพียงอย่างเดียว

สรุป จากการศึกษาที่ผ่านมาข้อมูลสนับสนุนทั้งในด้าน คณะที่กำลังศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคณะที่กำลังศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการเรียนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน การจัดกิจกรรมหรือการได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน การใช้สถิติที่แตกต่างกัน เช่น สถิติ One way ANOVA จะสามารถระบุได้ว่าคณะที่ศึกษาใดมีความแตกต่างกันบ้าง

4.3.5 รายได้ที่ได้รับต่อเดือน

รายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล รายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีพของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเลือกอำนวยการให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง มีความสะดวกที่เลือกการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองได้อย่างเหมาะสมซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล (ชราดร ดวงแก้ว, 2550) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา โย (2560) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า รายได้ที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\chi^2=12.51, p<0.05$) และด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=16.04, p<0.001$) และการศึกษาของสมคิด สนวนศรี (2560) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี พบว่า นักศึกษาที่ได้รับค่าใช้จ่ายที่ต่อเดือนสูง มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่านักศึกษาที่ได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือนต่ำ

ตรงข้ามกับการศึกษาของอนันท์ สีดาเพ็ง (2556) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้ พบว่า รายรับต่อเดือนแตกต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ($p<0.05$) โดยนักศึกษาที่มีรายรับต่อเดือนเป็นจำนวนมาก มีแนวโน้มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี อาจเนื่องมาจากมีพฤติกรรมใช้จ่ายฟุ่มเฟือย และมีกิจกรรมทางสังคมมาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

สรุป จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า รายได้ที่ได้รับต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นความสัมพันธ์ทางบวกหรือความสัมพันธ์ทางลบ

4.3.6 การมีโรคประจำตัว

การที่บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์ สามารถกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ เป็นตัวบ่งบอกภาวะสุขภาพและกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคล เมื่อมีโรคประจำตัวจะทำให้มีอุปสรรคและข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น เป็นผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองน้อยลง (นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์, 2559) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ การศึกษาของอัญฐิรมา พิสัยพันธ์ และคณะ (2556) ในกลุ่มผู้ใหญ่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพราะ โรคอ้วนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสถานะทางสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ตรงข้ามกับการศึกษาของสมศักดิ์ ถิ่นขจี และพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2559) ศึกษาพฤติกรรมการลดความอ้วนของนักเรียนระดับปริญญาตรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า การมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการลดความอ้วน

สรุป การศึกษาที่ผ่านมาข้อมูลสนับสนุนทั้งในด้าน การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา บริบทของแต่ละพื้นที่ที่ทำ การศึกษา

4.3.7 ดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย เป็นดัชนีที่ใช้วัดความสมดุลของน้ำหนักตัวและส่วนสูง ทำให้ทราบถึงรูปร่างและสัดส่วน การมีสุขภาพที่ดี และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น ภาวะน้ำหนักเกินหรือ โรคอ้วน อาจทำให้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ การศึกษาของสุกกร หวานกระโทก และจุไรรัตน์ วัชรอาสน์ (2561) ในนักเรียนสังกัดเขตพื้นที่การศึกษาเขต 18 จังหวัดชลบุรี พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\chi^2 = 13.622, p < 0.05$) การศึกษาของกรรณิการ์ ไคว้เจริญ และอำภาพรรณ บุญเรือง (2559) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา

ตรงข้ามกับการศึกษาของณัฐภัทสร ศรีคง (2553) ในนักศึกษาปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และวรรณวิมล เมฆวิมล (2553) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายปกติ

สรุป การศึกษาที่ผ่านมามีข้อมูลสนับสนุนทั้งในด้าน ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และบริบทพื้นที่ที่ทำการศึกษา

สรุป จากการทบทวนหลักการแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะ รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย กับพฤติกรรมสุขภาพ ยังมีความขัดแย้งกัน ฉะนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรีหรือไม่

จากการทบทวนหลักการแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ 3๐ 2๕ ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุขบุหรี่ย สุรา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 อย่าง คือ 1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ คือ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาได้นำปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยมีระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ปีการศึกษา 2562 จำนวน 4,737 คน

1.2 ตัวอย่าง

ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง จากจำนวน 4,737 คน นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง โดยใช้โปรแกรมสำหรับคำนวณในงานวิจัย n4studies (เชษฐา งามจรัส, 2557) ที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนหรือผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 หรือที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1)+p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ Sample size (n)	=	ขนาดตัวอย่าง
Population size (N)	=	ขนาดประชากร
Proportion (p)	=	ค่าสัดส่วนของตัวแปรผลลัพธ์หลัก
Error (d)	=	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้
Alpha (α)	=	0.05

เมื่อกำหนดให้

p คือ สัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3๐.2๗. ในกลุ่มวัยทำงาน ระดับพอใช้ = 0.5073 (กองสุขศึกษา, 2560)

Error (d) คือ ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ จากงานวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ = 0.05 (ฐาปณี สิทธิรุ่งเรือง, 2559)

และยอมให้คลาดเคลื่อนจากการเป็นตัวแทนของประชากรได้ไม่เกินร้อยละ 5

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{4937(0.5073)(1-0.5073)1.96^2_{1-\frac{0.05}{2}}}{0.05^2(4937-1) + 0.5073(1-0.5073)1.96^2_{1-\frac{0.05}{2}}}$$

$$n = 356$$

ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 356 คน และใช้วิธีการสุ่มคณะเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ ตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างนักศึกษาแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 สํารวจและจัดทำบัญชีรายชื่อนักศึกษา แยกรายคณะตามรหัส โดยเรียงลำดับเป็นคณะ สาขาวิชา และชั้นปีที่ 1-5

ขั้นตอนที่ 2 คํานวณหาจำนวนตัวอย่างจําแนกเป็นรายคณะ แล้วเทียบตามสัดส่วนของแต่ละคณะ โดยให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนรวม 356 ตัวอย่าง

ขั้นที่ 3 นํารายชื่อนักศึกษาแต่ละชั้นปี จากการสํารวจในขั้นที่ 1 มาใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

ตารางที่ 3.1 จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามสัดส่วนรายคณะ

คณะ	จำนวนนักศึกษา	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. ครุศาสตร์	878	65
2. มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	1,483	110
3. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	1,110	87
4. วิทยาการจัดการ	597	46
5. วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย	353	26
6. เทคโนโลยีอุตสาหกรรม	316	22
รวม	4,737	356

ที่มา: ศักดิ์ชัย ชาวหงษา (2562) รายงานสารสนเทศจำนวนนักศึกษา ประจำปีการศึกษา 1/2562 สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2562

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยดัดแปลงขึ้นจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) รวมทั้งปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังต่อไปนี้ (ดังภาคผนวก ก)

2.1 ตอนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของนักศึกษา จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะ รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง แบบสอบถาม มีลักษณะเป็นคำถามแบบให้เติมข้อความและมีตัวเลือกให้เลือกตอบ ข้อมูลที่ได้มานั้นจะประมวลผลในลักษณะการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

2.2 ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 องค์ประกอบ ดังนี้

2.2.1 ตอนที่ 2.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นแบบสอบถามวัดความรู้ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ แต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ให้คะแนน 1 หมายถึง ตอบถูก

ให้คะแนน 0 หมายถึง ตอบผิด

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ โดยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใช้เกณฑ์เฉลี่ย จากค่าคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 - 0.59 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ไม่ดี หมายถึง รู้และเข้าใจในหลัก 302ส ยังไม่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ค่าเฉลี่ย 0.6 - 0.79 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล พอใช้ หมายถึง รู้และเข้าใจในหลัก 302ส อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

ค่าเฉลี่ย 0.8 - 1 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ดีมาก หมายถึง รู้และเข้าใจในหลัก 302ส อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

2.2.2 ตอนที่ 2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ซึ่งมีคำถามเชิงบวก ได้แก่ คำถามข้อ 1, 2, 4, 5 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ คำถามข้อ 3 แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก ให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 0 คะแนน

ปฏิบัตินานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 2 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 3 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 4 คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ ให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 4 คะแนน

ปฏิบัตินานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 2 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 1 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 0 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ โดยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใช้เกณฑ์เฉลี่ยจากค่าคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 - 2.39 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม แปลผล ไม่ดี หมายถึง ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ

ค่าเฉลี่ย 2.40 - 3.19 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล พอใช้ หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้

ค่าเฉลี่ย 3.20 - 4.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ดีมาก หมายถึง สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้

2.2.3 ตอนที่ 2.3 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 3 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีคำถามเชิงบวก ได้แก่ คำถามข้อ 3, 4, 5 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ คำถามข้อ 1, 2 แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก ให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 0 คะแนน

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 2 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 3 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 4 คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ ให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 4 คะแนน

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 2 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 1 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง 6-7 วัน/สัปดาห์ ให้คะแนน 0 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพ โดยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๘ ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใช้เกณฑ์เฉลี่ยจากค่าคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 - 2.39 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ไม่ดี หมายถึง ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้

ค่าเฉลี่ย 2.40 - 3.19 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล พอใช้ หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตาม 3๐.2๘. ได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ

ค่าเฉลี่ย 3.20 - 4.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ดีมาก หมายถึง มีความเชี่ยวชาญในด้านการฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตาม 3๐.2๘. ของตนเองอย่างถูกต้อง

2.2.4 ตอนที่ 2.4 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก ให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้คะแนน 0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง 6-7 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 4 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ โดยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๘ ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใช้เกณฑ์เฉลี่ยจากค่าคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 - 2.39 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ไม่ดี หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้

ค่าเฉลี่ย 2.40 - 3.19 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล พอใช้ หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

ค่าเฉลี่ย 3.20 - 4.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ดีมาก หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี

2.2.5 ตอนที่ 2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก ให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้คะแนน 0 คะแนน
ปฏิบัติบ้างครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง 6-7 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 4 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ โดยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๘ ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใช้เกณฑ์เฉลี่ยจากค่าคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 - 2.39 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ไม่ดี หมายถึง ขอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน

ค่าเฉลี่ย 2.40 - 3.19 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล พอใช้ หมายถึง ขอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่ออยู่บ้าง โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง

ค่าเฉลี่ย 3.20 - 4.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ดีมาก หมายถึง ขอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อเฉพาะที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนว่าถูกต้องจริง

2.2.6 ตอนที่ 2.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ โดยทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก แต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก ตั้งแต่การตัดสินใจที่ไม่ดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นให้ 1 คะแนน จนถึงการตัดสินใจที่ดีและถูกต้องที่สุดให้ 4 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยประยุกต์จากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใช้เกณฑ์เฉลี่ยจากค่าคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 - 2.39 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ไม่ดี หมายถึงไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตามตัวตามสบาย โดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง

ค่าเฉลี่ย 2.40 - 3.19 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล พอใช้ หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตาม 30.2ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น

ค่าเฉลี่ย 3.20 - 4.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ดีมาก หมายถึง มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตาม 30.2ส. ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

สรุปคะแนนเฉลี่ยรวม ขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม คะแนนเต็ม 21 คะแนน

การประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยใช้เกณฑ์เฉลี่ยจากค่าคะแนนที่ได้จากทุกองค์ประกอบ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (กองสุขศึกษา, 2559)

ค่าเฉลี่ย 0 - 12.59 คะแนน หรือ $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ไม่ดี หมายถึงเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน ตาม 30.2ส.

ค่าเฉลี่ย 12.60 - 16.79 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล พอใช้ หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 30.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง

ค่าเฉลี่ย 16.80 - 21.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ดีมาก หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตาม 30.2ส. ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

2.3 ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 30.2ส. จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 5 ตัวเลือกในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีคำถามเชิงบวก ได้แก่ คำถามข้อ 3, 4, 5, 6, 8 ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ คำถามข้อ 1, 2, 7, 9, 10 แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก ให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้คะแนน 0 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง 6-7วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 4 คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ ให้คะแนน

ไม่ได้ปฏิบัติ	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 3 วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4-5วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง 6-7วัน/สัปดาห์	ให้คะแนน 0 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกระดับพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ใช้เกณฑ์เฉลี่ยจากค่าคะแนนที่ได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 - 2.39 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม แปลผล ไม่ดี หมายถึง เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3๐.2ส.

ค่าเฉลี่ย 2.40-3.19 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล พอใช้ หมายถึง เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พอใช้และมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3๐.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง

ค่าเฉลี่ย 3.20-4.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม แปลผล ดีมาก หมายถึง เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่มากเพียงพอ มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3๐.2ส. ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity)

3.1.1 การทวนสอบกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษา แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.1.2 เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) นายรุ่งเรือง เต๋นดวงใจ รองนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี 2) อาจารย์ ดร.ปิยะ บุษาม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ 3) ดร.นิพิฐพนธ์ แสงด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (ตั้งภาคผนวก ข) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม (IOC: Index of Item-Objective Congruence) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาให้คะแนน ดังนี้

ให้ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

ให้ -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องฯ โดยใช้สูตรของโรวินลลี และแฮมเบิลตัน มีสูตรการคำนวณ (Rovinelli and Hambleton, 1977 อ้างใน สมชาย วรกิจเกษมสกุล, 2553, น. 268-269) ดังนี้

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

โดยที่ IOC เป็นค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

$\sum R$ เป็นผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N เป็นจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องฯ ของข้อคำถาม ที่ได้จากการคำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อสอบข้อนั้นไว้ใช้ได้

แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

จากการคำนวณแบบสอบถามงานวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๕ ทั้งฉบับ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) เท่ากับ 0.931

3.1.3 จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองเก็บข้อมูล (Try Out) กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

3.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20) ในแบบสอบถามแบบให้ค่าคะแนน ถูกผิด

4 ตัวเลือก และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ควรมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร, 2547, น. 231-243)

สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum p_i q_i}{S_x^2} \right\}$$

เมื่อ r_{tt} = ค่าความสอดคล้องภายใน

k = จำนวนข้อสอบ

p_i = ค่าความยากยากของข้อสอบที่ i

q_i = $1 - p_i$

S_x^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนสอบ

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α = ค่าความสอดคล้องภายใน

n = จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ = ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

3.2.1 ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้

1) การหาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 302ส โดยใช้วิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson 20) หรือ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76

2) การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม-การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตาม 302ส โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

3) การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม-การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ตาม 302ส โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

4) การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม-การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ตาม 302ส โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

5) การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม–การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3๐2ส โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90

6) การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม–การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3๐2ส โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

7) การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม–พฤติกรรมสุขภาพตาม 3๐2ส โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

8) การหาความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการคือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for persons) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) หลักยุติธรรม (Justice) ซึ่งจะคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การให้คำยินยอมโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเป็นอิสระในการตัดสินใจ การเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ กล่าวคือผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิแนบไว้กับแบบสอบถามเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและข้อมูลทุกอย่างที่อยู่ในแบบสอบถามผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น และผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยประสานอธิการบดี คณบดี และองค์การนักศึกษาทุกคณะ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การศึกษา อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการเรียนในปัจจุบัน รวมถึงในอนาคต และข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ หรือข้อมูลต่างๆที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยจะทำการระบุเพียงรหัสชุดของแบบสอบถาม และสรุปผลการวิจัยในภาพรวมของมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาคำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จากตัวอย่างนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งหมด 356 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ(Stratified random sampling) โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 – 30 พฤศจิกายน 2562 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.1 จัดทำเอกสารจากคณะ เสนอถึงอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง เพื่อพิจารณาอนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา

5.2 นำเอกสารที่อธิการบดีลงนามอนุมัติ เสนอต่อคณบดีทุกคณะ และหน่วยงานสนับสนุน

5.3 ติดต่อประสานงานกับสำนักงาน และนายกสโมสรนักศึกษา เพื่อดำเนินการชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.4 ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ตามหลักจำแนกตามวิธีการ ดังนี้

5.4.1 **ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data)** รวบรวมข้อมูลจากการเก็บแบบสอบถามจากนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ในลักษณะปลายปิดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 356 ชุด โดยผู้วิจัยทำการประชุมชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลให้กับผู้ช่วยนักวิจัย และจัดทำเอกสารชี้แจงสำหรับผู้ช่วยนักวิจัย จากนั้นคณะผู้วิจัยจะดำเนินการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ตลอดจนลักษณะของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และเมื่อได้รับแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

5.4.2 **ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data)** เป็นข้อมูลที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมศึกษาค้นคว้าจากเอกสารทางวิชาการวารสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสืบค้นข้อมูลที่เผยแพร่ในเว็บไซต์ต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี โดยเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการแปลผล

6.3 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติการทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test, χ^2) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) ในการทดสอบดังนี้

6.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะ การมีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ใช้สถิติการทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test, χ^2) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางไขว้

6.3.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน ใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

6.4 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

เกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2553)

ค่า r	ระดับของความสัมพันธ์
$r = \pm 1.00$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r < .30$	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
เมื่อ r มีค่าระหว่าง .30 - .70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r = 0$	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี” เก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างนักศึกษาภาคปกติ ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ปีการศึกษา 2562 จำนวน 356 คน โดยใช้แบบสอบถามระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2562 – 30 พฤศจิกายน 2562 ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 356 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ตอนในรูปแบบของการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะที่ศึกษา รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย พรรณนาโดยใช้สถิติพรรณนา แสดงด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างนักศึกษา จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

(n = 356)		
ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	124	34.8
หญิง	232	65.2
อายุ		
18-20 ปี	151	42.4
21-25 ปี	205	57.6
(\bar{x} = 20.85, S.D.= 1.60, Min. = 18, Max. = 25)		
ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	77	21.6
ชั้นปีที่ 2	67	18.8
ชั้นปีที่ 3	79	22.2
ชั้นปีที่ 4	85	23.9
ชั้นปีที่ 5	48	13.5
คณะที่ศึกษา		
ครุศาสตร์	65	18.3
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	110	30.9
วิทยาศาสตร์	87	24.4
วิทยาการจัดการ	46	12.9
วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย	26	7.3
เทคโนโลยีอุตสาหกรรม	22	6.2
รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน บาท		
≤ 3000 บาท	63	17.7
3,001 – 6,000 บาท	227	63.8
6,001 – 9,000 บาท	54	15.2
9,001 – 12,000 บาท	11	3.1
12,001 – 15,000 บาท	1	0.3
(\bar{x} = 4,965.17, S.D.= 2068.45, Min. = 1,000, Max.=15,000)		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว		336	94.4
มีโรคประจำตัว		20	5.6
ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI กก./ม. ²)			
ผอม	(BMI < 18.5)	56	15.7
ปกติ	(BMI 18.50 – 22.99)	217	61.0
น้ำหนักเกิน	(BMI 23 – 24.99)	39	11.0
อ้วนระดับที่ 1	(BMI 25 – 29.99)	34	9.6
อ้วนระดับที่ 2	(BMI ≥ 30.0)	10	2.8
(\bar{x} = 21.37, S.D.= 3.38, Min. = 15.59, Max. = 35.32)			

จากตารางที่ 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของตัวอย่างนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.8 มีอายุเฉลี่ย 20.85 ปี มีอายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 57.6 และมีอายุระหว่าง 18-20 ปี ร้อยละ 42.4 อายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 25 ปี ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 23.9 รองลงมาศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 22.2 และศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 21.6 คณะที่ศึกษา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 30.9 รองลงมา คณะวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 24.4 และคณะครุศาสตร์ ร้อยละ 18.3 รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 4,965.17 บาท ส่วนใหญ่ ได้รับรายได้ต่อเดือนในช่วง 3,001 – 6,000 บาท ร้อยละ 63.8 รองลงมา ได้รับรายได้ต่อเดือนในช่วงต่ำกว่าและเท่ากับ 3,000 บาท ร้อยละ 17.7 รายได้ต่อเดือนน้อยที่สุดเท่ากับ 1,000 บาท และได้รับรายได้ต่อเดือนมากที่สุดเท่ากับ 15,000 บาท ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.4 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 5.6 โดยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.37 กก./ม.² ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.50 – 22.99 กก./ม.²) ร้อยละ 61.0 รองลงมา มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ผอม (ต่ำกว่า 18.50 กก./ม.²) ร้อยละ 15.7 มีดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 15.59 กก./ม.² และดัชนีมวลกายมากที่สุด 35.32 กก./ม.²

2. ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (4) การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ (5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.2 และผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังตารางที่ 4.3 - 4.15

ตารางที่ 4.2 สรุประดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของนักศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ (จำนวน ร้อยละ)			\bar{x}	S.D.	ระดับ
	ไม่ดี	พอใช้	ดีมาก			
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	196 (55.1)	127 (35.7)	33 (9.3)	0.54	0.16	ไม่ดี
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	187 (52.5)	147 (41.3)	22 (6.2)	2.24	0.59	ไม่ดี
3. การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	265 (74.4)	79 (22.2)	12 (3.4)	2.09	0.45	ไม่ดี
4. การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	195 (54.8)	113 (31.7)	48 (13.5)	2.21	0.80	ไม่ดี
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	147 (41.3)	129 (36.2)	80 (22.5)	2.47	0.83	พอใช้
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	31 (8.7)	161 (45.2)	164 (46.1)	3.02	0.52	พอใช้
ภาพรวม	168 (47.2)	184 (51.7)	4 (1.1)	12.56	2.24	ไม่ดี

จากตารางที่ 4.2 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวม อยู่ในระดับไม่ดี (\bar{x} = 12.56,

S.D.= 2.24) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{x} = 0.54$, S.D.= 0.16) องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{x} = 2.24$, S.D.= 0.59) องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($\bar{x} = 2.09$, S.D.= 0.45) และองค์ประกอบที่ 4 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ($\bar{x} = 2.21$, S.D.= 0.80) โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($\bar{x} = 2.47$, S.D.= 0.83) และองค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{x} = 3.02$, S.D.= 0.52) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ

(n = 356)		
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (\bar{x} 0.00-0.59)	196	55.1
ระดับพอใช้ (\bar{x} 0.60-0.79)	127	35.7
ระดับดีมาก (\bar{x} 0.80-1.00)	33	9.3
$\bar{x} = 0.54$, S.D.= 0.16, Min. = 0.1, Max. = 1		

จากตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างนักศึกษามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 55.1 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 35.7 และระดับดีมาก ร้อยละ 9.3

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเป็นรายข้อ

(n = 356)

ข้อคำถาม	ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ						ระดับ
	ตอบผิด		ตอบถูก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	S.D.	
1. อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด	217	61.0	139	39.0	0.39	0.49	ไม่ดี
2. การกินผักหลายๆชนิด ที่มีสีส้มแตกต่างกัน จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคใดมากที่สุด	240	67.4	116	32.6	0.33	0.47	ไม่ดี
3. คนที่ชอบกินขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง จะเสี่ยงเป็นโรคใดมากที่สุด	42	11.8	314	88.2	0.88	0.32	ดีมาก
4. การออกกำลังกายอย่างไร ถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้	224	62.9	132	37.1	0.37	0.48	ไม่ดี
5. การออกกำลังกายทุกครั้ง เราควรกระทำตรงกับข้อใด	28	7.9	328	92.1	0.92	0.27	ดีมาก
6. การจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดีตรงกับข้อใด	172	48.3	184	51.7	0.52	0.50	ไม่ดี
7. หากต้องการคลายเครียด กระทำตามข้อใดได้ผลดีที่สุด	240	67.4	116	32.6	0.33	0.47	ไม่ดี
8. โรคในข้อใดไม่ได้มีสาเหตุมาจากการรับสารนิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และไซยาไนด์จากควันบุหรี่	243	68.3	113	31.7	0.32	0.47	ไม่ดี

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

(n = 356)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (\bar{x} 0.00-2.39)	187	52.5
ระดับพอใช้ (\bar{x} 2.40-3.19)	147	41.3
ระดับดีมาก (\bar{x} 3.20-4.00)	22	6.2

$\bar{x} = 2.24$, S.D.= 0.59, Min. = 0.8, Max. = 4.0

จากตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างนักศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.5 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 41.3 และระดับดีมาก ร้อยละ 6.2

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รายข้อ

(n = 356)

ข้อคำถาม	ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						ระดับ		
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก		\bar{x}	S.D.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. เมื่อนักศึกษาต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส นักศึกษาสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันที	229	64.3	109	30.6	18	5.1	2.10	0.97	ไม่ดี
2. ข้อมูลสุขภาพที่นักศึกษาค้นหา เป็นข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย	199	55.9	121	34.0	36	10.1	2.32	0.97	ไม่ดี

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

(n = 356)

ข้อคำถาม	ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						ระดับ		
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก		\bar{x}	S.D.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
3. นักศึกษามีปัญหา เกี่ยวกับการเข้าถึง หรือการสืบค้นข้อมูล ด้านสุขภาพจาก แหล่งข้อมูลต่างๆ	190	53.4	120	33.7	46	12.9	2.34	1.04	ไม่ดี
4. นักศึกษายืนยัน ความเข้าใจของตนเอง โดยมีการตรวจสอบ ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส	224	62.9	102	28.7	30	8.4	2.13	1.02	ไม่ดี
5. นักศึกษาตรวจสอบ แหล่งข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตน หลัก 3อ 2ส จนเชื่อได้ ว่าแหล่งข้อมูลนั้นมี ความน่าเชื่อถือ	199	55.9	122	34.3	35	9.8	2.33	0.96	ไม่ดี

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย 0.00 – 2.39 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ดี

2.40 – 3.19 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พอใช้

3.20 – 4.00 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีมาก

จากตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเป็นรายชื่อ ของตัวอย่างนักศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 3 นักศึกษามีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงหรือการสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ (\bar{x} = 2.34, S.D.= 1.04) รองลงมา ข้อ 2 ข้อมูลสุขภาพ

ที่นักศึกษาค้นหา เป็นข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย ($\bar{x} = 2.32, S.D.= 0.97$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1 เมื่อนักศึกษาต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส นักศึกษาสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันที ($\bar{x} = 2.10, S.D.= 0.97$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

(n = 356)		
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (\bar{x} 0.00-2.39)	265	74.4
ระดับพอใช้ (\bar{x} 2.40-3.19)	79	22.2
ระดับดีมาก (\bar{x} 3.20-4.00)	12	3.4
$\bar{x} = 2.09$, S.D.= 0.45, Min. = 0.6, Max. = 4.0		

จากตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างนักศึกษามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ในอยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 74.4 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 22.2 และระดับดีมาก ร้อยละ 3.4

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ รายข้อ

ข้อคำถาม	ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ								ระดับ
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	S.D.	
1. นักศึกษาฟังคำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา	224	62.9	94	26.4	38	10.7	2.13	1.06	ไม่ดี

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ข้อความ	ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ						\bar{x} S.D.		ระดับ
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
2. นักศึกษาอ่านเอกสารแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา	206	57.9	106	29.8	44	12.4	2.26	1.04	ไม่ดี
3. นักศึกษาเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจ	242	68.0	99	27.8	15	4.2	1.99	0.97	ไม่ดี
4. นักศึกษาลงมือปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส เพื่อให้คนอื่นเห็นเป็นตัวอย่าง	236	66.3	107	30.1	13	3.7	2.01	0.99	ไม่ดี
5. นักศึกษาโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส	235	66.0	99	27.8	22	6.2	2.03	1.03	ไม่ดี

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย 0.00 – 2.39 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ดี

2.40 – 3.19 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พอใช้

3.20 – 4.00 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีมาก

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เป็นรายชื่อ ของตัวอย่างนักศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 2 นักศึกษาอ่านเอกสารแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา ($\bar{x} = 2.26$, S.D.= 1.04) รองลงมาคือ ข้อ 2 นักศึกษาอ่านเอกสารแนะนำ

เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา ($\bar{x} = 2.13$, S.D.= 1.06) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3 นักศึกษาเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจ ($\bar{x} = 1.99$, S.D.= 0.97) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

(n = 356)			
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับไม่ดี (\bar{x} 0.00-2.39)	195	54.8	
ระดับพอใช้ (\bar{x} 2.40-3.19)	113	31.7	
ระดับดีมาก (\bar{x} 3.20-4.00)	48	13.5	
$\bar{x} = 2.21$, S.D.= 0.80, Min. = 0.4, Max.= 4.0			

จากตารางที่ 4.9 จากการวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างนักศึกษามีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 54.8 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 31.7 และระดับดีมาก ร้อยละ 13.5

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ รายข้อ

ข้อคำถาม	ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ								ระดับ
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	S.D.	
1. นักศึกษาสังเกตปริมาณ และคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินในแต่ละมื้อ	200	56.2	111	31.2	45	12.6	2.37	0.95	ไม่ดี

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ข้อความ	ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ						\bar{x} S.D.		ระดับ
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
2. นักศึกษาออกกำลัง กายครั้งละอย่างน้อย 30 นาที	214	60.1	98	27.5	44	12.4	2.22	1.05	ไม่ดี
3. เมื่อมีความเครียด นักศึกษามีวิธีการ ความเครียด ด้วยวิธีที่ดี ต่อสุขภาพ	184	51.7	117	32.9	55	15.4	2.43	1.01	พอใช้
4. นักศึกษาทบทวน วิธีการดูแลสุขภาพตาม หลัก 3อ2ส เพื่อ เสริมสร้างสุขภาพ ตนเอง	250	70.2	86	24.2	20	5.6	2.01	0.97	ไม่ดี
5. นักศึกษาปรับปรุง สภาพแวดล้อมรอบ ตัวเองเพื่อให้ปฏิบัติตน ในการดูแลสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส ได้มากขึ้น	254	71.3	78	21.9	24	6.7	2.00	1.00	ไม่ดี

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย 0.00 – 2.39 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ดี

2.40 – 3.19 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พอใช้

3.20 – 4.00 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีมาก

จากตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เป็นรายชื่อ ของตัวอย่างนักศึกษาพบว่า อยู่ในระดับพอใช้ ข้อที่ 3 และอยู่ในระดับ ไม่ดี ในข้อที่ 1,2,4, และ 5 เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 3. เมื่อมีความเครียด นักศึกษามีวิธีการความเครียด ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพ (\bar{x} = 2.43, S.D. = 1.01)

รองลงมาคือ ข้อ 1. นักศึกษาสังเกตปริมาณ และคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินในแต่ละมื้อ ($\bar{x}=2.37$, S.D.= 0.95) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5. นักศึกษาปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตามหลัก 3๒๒ ได้มากขึ้น ($\bar{x}=2.00$, S.D.= 1.00) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

(n = 356)		
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (\bar{x} 0.00-2.39)	147	41.3
ระดับพอใช้ (\bar{x} 2.40-3.19)	129	36.2
ระดับดีมาก (\bar{x} 3.20-4.00)	80	22.5
$\bar{x} = 2.47$, S.D.= 0.83, Min. = 0, Max.= 4.0		

จากตารางที่ 4.11 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างนักศึกษามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 41.3 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 36.2 และระดับดีมาก ร้อยละ 22.5

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ รายข้อ

ข้อคำถาม	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ						(n = 356)		ระดับ
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก		\bar{x}	S.D.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. เมื่อนักศึกษาสนใจโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ นักศึกษาจะหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง	187	52.5	105	29.5	64	18.0	2.46	1.04	พอใช้

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ						ระดับ		
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก		\bar{x}	S.D.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ก่อนตัดสินใจซื้อ									
2. เมื่อนักศึกษาสนใจโฆษณาสินค้าบนเว็บไซต์ นักศึกษาจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ	166	46.6	118	33.1	72	20.2	2.56	1.04	พอใช้
3. นักศึกษาใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ นั้น ก่อนที่จะปฏิบัติตาม	159	44.7	135	37.9	62	17.4	2.55	1.00	พอใช้
4. เมื่อนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ นักศึกษามีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยไม่เชื่อในทันที	181	50.8	118	33.1	57	16.0	2.45	1.02	พอใช้
5. เมื่อนักศึกษาแลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์วิจารณ์ แนวทางปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส กับผู้อื่น นักศึกษามีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม	204	57.3	107	30.1	45	12.6	2.31	1.02	ไม่ดี

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย 0.00 – 2.39 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ดี

2.40 – 3.19 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พอใช้

3.20 – 4.00 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีมาก

จากตารางที่ 4.12 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เป็นรายชื่อ ของตัวอย่างนักศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 2 เมื่อนักศึกษาสนใจโฆษณาสินค้าบนเว็บไซต์ นักศึกษาจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ ($\bar{x} = 2.56$, S.D.= 1.04) รองลงมา ข้อ 3 นักศึกษาใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อที่ก่อนที่จะปฏิบัติตาม ($\bar{x} = 2.55$, S.D.= 1.00) และอยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 5 เมื่อนักศึกษาแลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิเคราะห์แนวทางปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส กับผู้อื่น นักศึกษามีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม ($\bar{x} = 2.31$, S.D.= 1.02) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

(n = 356)		
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (\bar{x} 0.00-2.39)	31	8.7
ระดับพอใช้ (\bar{x} 2.40-3.19)	161	45.2
ระดับดีมาก (\bar{x} 3.20-4.00)	164	46.1
$\bar{x} = 3.02$, S.D.= 0.52, Min. = 1.6, Max. = 4.0		

จากตารางที่ 4.13 ผลการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างนักศึกษามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 46.1 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 45.2 และระดับไม่ดี ร้อยละ 8.7

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

(n = 356)

ข้อความ	ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง						\bar{x} S.D.		ระดับ
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. เมื่อนักศึกษาไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวานหรือมันจนเกินไป นักศึกษาจะตัดสินใจทำอะไร	189	53.1	51	14.3	116	32.6	2.77	0.94	พอใช้
2. หากนักศึกษาและเพื่อนออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอกว่าไม่ยอมออกกำลังกายอีกแล้ว นักศึกษาจะปฏิบัติเช่นไร	43	12.1	73	20.5	240	67.4	3.52	0.80	ดีมาก
3. หากนักศึกษามีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรงรอบตัว นักศึกษาจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด	230	64.6	6	1.7	120	33.7	2.17	1.36	ไม่ดี
4. หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของนักศึกษาสูบบุหรี่ และมักสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ นักศึกษาจะอย่างไร	56	15.7	47	13.2	253	71.1	3.51	0.85	ดีมาก

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง						ระดับ		
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก		\bar{x}	S.D.	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
5. หากนักศึกษาขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา นักศึกษาจะปฏิบัติตนเช่นไร	123	34.6	42	11.8	191	53.7	3.13	1.03	พอใช้

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย 0.00 – 2.39 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ดี

2.40 – 3.19 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พอใช้

3.20 – 4.00 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดีมาก

จากตารางที่ 4.14 ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นรายชื่อ ของตัวอย่างนักศึกษา พบว่า อยู่ในระดับดีมากในข้อที่ 2 และ 4 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 2 หากนักศึกษาและเพื่อนออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว นักศึกษาจะปฏิบัติเช่นไร ($\bar{x} = 3.52$, S.D.= 0.80) รองลงมาคือข้อ 4 หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของนักศึกษาสูบบุหรี่ และมักสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ นักศึกษาจะทำอย่างไร ($\bar{x} = 3.51$, S.D.= 0.85) อยู่ในระดับพอใช้ ในข้อที่ 5 หากนักศึกษาขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา นักศึกษาจะปฏิบัติตนเช่นไร ($\bar{x} = 3.13$, S.D.= 1.03) และข้อที่ 1 เมื่อนักศึกษาไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวาน หรือมันจนเกินไป นักศึกษาจะตัดสินใจทำอย่างไร ($\bar{x} = 2.77$, S.D.= 0.85) และอยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 3. หากนักศึกษามีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรงรอบตัว นักศึกษาจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด ($\bar{x} = 2.17$, S.D.= 1.36) ตามลำดับ

3. ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

พฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา แบ่งออกเป็น

3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ และระดับดีมาก ตามเกณฑ์ของกองส่งเสริมการศึกษาระดับมัธยมศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 302ส ในภาพรวม มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.15 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 302ส เป็นรายด้าน ดังตารางที่ 4.16 และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 302ส เป็นรายข้อ ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละ ของนักศึกษา จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ในภาพรวม (n = 356)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (\bar{x} 0.00-2.39)	217	61.0
ระดับพอใช้ (\bar{x} 2.40-3.19)	131	36.8
ระดับดีมาก (\bar{x} 3.20-4.00)	8	2.2
$\bar{x} = 2.27, S.D. = 0.45, Min. = 0.50, Max. = 3.60$		

จากตารางที่ 4.15 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 302ส ในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างนักศึกษามีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 302ส อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 61.0 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 36.8 และระดับดีมาก ร้อยละ 2.2

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 302ส จำแนกเป็นรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ 302ส	\bar{x}	S.D.	ระดับ
อ1 อาหาร	2.07	0.54	ไม่ดี
อ2 ออกกำลังกาย	2.11	0.90	ไม่ดี
อ3 อารมณ์	2.31	0.65	ไม่ดี
ส1 สูบบุหรี่	2.60	1.23	พอใช้
ส2 สุรา	2.93	1.17	พอใช้
$\bar{x} = 2.27, S.D. = 0.45, Min. = 0.50, Max. = 3.60$			

จากตารางที่ 4.16 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 302ส เป็นรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ตัวอย่างนักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ในระดับไม่ดี คือ พฤติกรรมด้านการบริโภค

อาหาร ($\bar{x} = 2.07$, S.D.=0.54) รองลงมา ได้แก่ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x}=2.11$, S.D.= 0.90) และพฤติกรรมด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 2.31$, S.D.= 0.65)

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ในระดับพอใช้ คือ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ($\bar{x} = 2.60$, S.D.= 1.23) และพฤติกรรมด้านการดื่มสุรา ($\bar{x} = 2.93$, S.D.= 1.17) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของนักศึกษา
จำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส							(n = 356)			
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก		\bar{x}	S.D.	ระดับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
๐.1 อาหาร										
1. นักศึกษากินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอดกะทิ	264	74.2	86	24.2	6	1.7	1.82	0.97	ไม่ดี	
2. นักศึกษากินอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด	242	68.0	90	25.3	24	6.7	1.95	1.05	ไม่ดี	
3. นักศึกษากินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ อย่างน้อยวันละครั้ง	220	61.8	99	27.8	37	10.4	2.27	0.93	ไม่ดี	
4. นักศึกษาควบคุมปริมาณอาหาร โดยได้รับอาหารที่เพียงพอกับร่างกายตนเอง	210	59.0	118	33.1	28	7.9	2.26	0.92	ไม่ดี	
๐.2 ออกกำลังกาย										
5. นักศึกษาทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย	222	62.4	93	26.1	41	11.5	2.26	0.96	ไม่ดี	
6. นักศึกษาออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	247	69.4	73	20.5	36	10.1	1.95	1.10	ไม่ดี	
๐.3 อารมณ์										
7. นักศึกษามีความเครียดยากที่จะผ่อนคลายลงได้	209	58.7	112	31.5	35	9.8	2.19	1.07	ไม่ดี	

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ 302ส	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก		\bar{x}	S.D.	ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
8. นักศึกษาจัดการ ความเครียดด้วยการมอง โลกในแง่ดี	183	51.4	118	33.1	55	15.4	2.42	1.03	พอใช้
ส.1 สุขบุหรี									
9. นักศึกษาสุขบุหรีหรือ อยู่ใกล้ชิดผู้สุขบุหรี	157	44.1	87	24.4	112	31.5	2.60	1.23	พอใช้
ส.2. สุรา									
10. นักศึกษาดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	119	33.4	81	22.8	156	43.8	2.93	1.17	พอใช้

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย 0.00 – 2.39 ระดับพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี

2.40 – 3.19 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ พอใช้

3.20 – 4.00 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ดีมาก

จากตารางที่ 4.17 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 302ส เป็นรายชื่อ ของตัวอย่าง นักศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีในข้อ 1 - ข้อ 7 และอยู่ในระดับพอใช้ในข้อ 8 - ข้อที่ 10 ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 10. นักศึกษาดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง แค่ไหน ($\bar{x}=2.93$, S.D.= 1.17) รองลงมาได้แก่ ข้อ 9. นักศึกษาสุขบุหรีหรืออยู่ใกล้ชิดผู้สุขบุหรี บ่อยครั้งแค่ไหน ($\bar{x}=2.60$, S.D.= 1.23) และข้อ 8. นักศึกษาจัดการความเครียด ด้วยการมองโลกในแง่ดีบ่อยครั้งแค่ไหน ($\bar{x}=2.42$, S.D.= 1.03) ตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพ ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 1. นักศึกษากินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิบ่อยครั้งแค่ไหน ($\bar{x} = 1.82$, S.D.= 0.97) รองลงมาได้แก่ ข้อ 2. นักศึกษากินอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัดบ่อยครั้งแค่ไหน ($\bar{x} = 1.95$, S.D.= 1.05) และ ข้อ 6. นักศึกษาออกกำลังกาย อย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีบ่อยครั้งแค่ไหน ($\bar{x} = 1.95$, S.D.= 1.10) ตามลำดับ

4. ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 ตอนที่ 4.1 การทดสอบความสัมพันธ์ตัวแปรโดยใช้สถิติการทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test)

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ใช้สถิติวิเคราะห์การแจกแจงความถี่แบบสองทาง นำเสนอในรูปแบบตารางไขว้ (Cross-tabulation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรโดยใช้สถิติการทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test, χ^2) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ตั้งแต่ระดับพอใช้ขึ้นไป			
(n=356)					
เพศ					
ชาย	76 (61.3%)	48 (38.7%)	124 (100%)	.005	1.000
หญิง	141 (60.8%)	91 (39.2%)	232 (100%)		
รวม	217 (61.0%)	139 (39.0%)	356 (100%)		
ชั้นปีที่กำลังศึกษา					
ชั้นปีที่ 1	43 (55.8%)	34 (44.2%)	77 (100%)	.130	.200
ชั้นปีที่ 2	40 (59.7%)	27 (40.3%)	67 (100%)		
ชั้นปีที่ 3	54 (68.4%)	25 (31.6%)	79 (100%)		
ชั้นปีที่ 4	56 (65.9%)	29 (34.1%)	85 (100%)		
ชั้นปีที่ 5	24 (50.0%)	24 (50.0%)	48 (100%)		
รวม	217 (61.0%)	139 (39.0%)	356 (100%)		
คณะ					
ครุศาสตร์	23 (35.4%)	42 (64.6%)	65 (100%)	.337	< .001*
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	59 (53.6%)	51 (46.4%)	110 (100%)		
วิทยาศาสตร์	68 (78.2%)	19 (21.8%)	87 (100%)		

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		รวม	χ^2	p-value
	ไม่ดี	ตั้งแต่ระดับพอใช้ขึ้นไป			
วิทยาการจัดการ	37 (80.4%)	9 (19.6%)	46 (100%)		
วิทยาลัยมวยไทยศึกษา	14 (53.8%)	12 (46.2%)	26 (100%)		
เทคโนโลยีอุตสาหกรรม	16 (72.7%)	6 (27.3%)	22 (100%)		
รวม	217 (61.0%)	139 (39.0%)	356 (100%)		
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มีโรค	203 (60.4%)	133 (39.6%)	336 (100%)	-.045	.537
มีโรคประจำตัว	14 (70.0%)	6 (30.0%)	20 (100%)		
ดัชนีมวลกาย (BMI)					
ผอม (BMI น้อยกว่า 18.5)	31 (55.4%)	25 (44.6%)	56 (100%)	.102	.451
ปกติ (BMI 18.50 – 22.99)	131 (60.4%)	86 (39.6%)	217 (100%)		
น้ำหนักเกิน (BMI 23 – 24.99)	23 (59%)	16 (41.0%)	39 (100%)		
อ้วนระดับที่ 1 (BMI 25 – 29.99)	24 (70.6%)	10 (29.4%)	34 (100%)		
อ้วนระดับที่ 2 (BMI ตั้งแต่ 30.0)	8 (80.0%)	2 (20.0%)	10 (100%)		
รวม	217 (61.0%)	139 (39.0%)	356 (100%)		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 4.18 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา ด้วยสถิติไค-สแควร์ พบว่า คณะที่ศึกษามีความสัมพันธ์ กับระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1.3

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลเพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา (p-value > 0.05) ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1.1, 4.1.2, 4.1.4 และ 4.1.5

4.2 ตอนที่ 4.2 การทดสอบความสัมพันธ์ตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และรายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พิจารณาความสัมพันธ์ตัวแปรโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

ปัจจัย	พฤติกรรมสุขภาพ	p-value	ระดับความสัมพันธ์
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		
ปัจจัยส่วนบุคคล			
1. อายุ	-.074	.163	-
2. รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน	-.114	.032	ต่ำ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
1. ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	.101	.056	-
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.289	< .001*	ต่ำ
3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	.231	< .001*	ต่ำ
4. ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	.328	< .001*	ปานกลาง
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.212	< .001*	ต่ำ
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	.260	< .001*	ต่ำ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	.386	< .001*	ปานกลาง

* p-value < 0.05

จากตารางที่ 4.19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และรายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน) กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงพบว่า รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.114$, $p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1.7

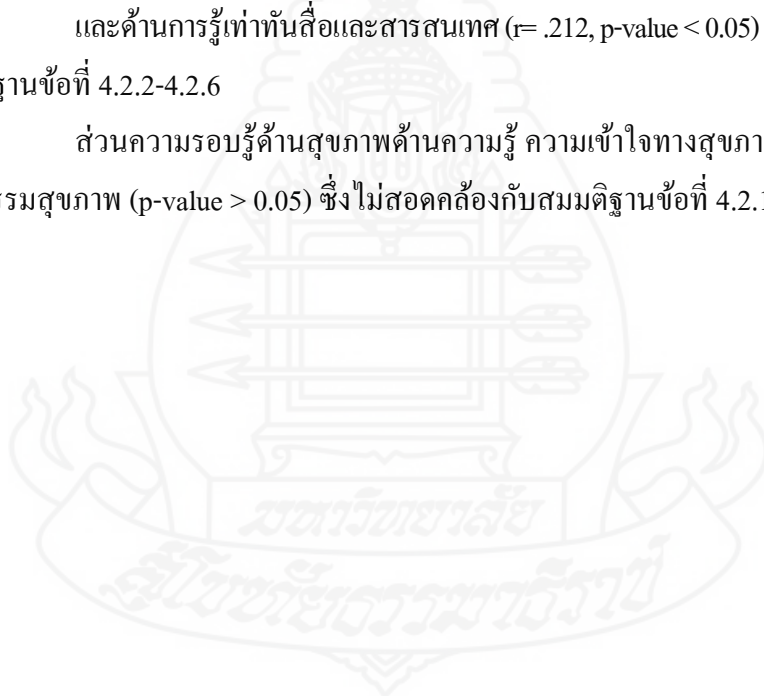
ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1.6

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386$, $p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.2

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .328$, $p\text{-value} < 0.05$) โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = .289$, $p\text{-value} < 0.05$) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = .260$, $p\text{-value} < 0.05$) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($r = .231$, $p\text{-value} < 0.05$)

และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r = .212$, $p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.2.2-4.2.6

ส่วนความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.2.1



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี” ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (2) พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ สุรา (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี ระดับปริญญาตรี ภาคปกติ ปีการศึกษา 2562 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม n4 Studies จากประชากร จำนวน 4,737 คน คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 356 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.71 มีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 100 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สรุปผลการศึกษา

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของตัวอย่างนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 34.8 มีอายุเฉลี่ย 20.85 ปี มีอายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 57.6 และมีอายุระหว่าง 18-20 ปี ร้อยละ 42.4 อายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 25 ปี ระดับชั้นที่กำลังศึกษาคือชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 23.9 รองลงมาศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 22.2 และศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 21.6 คณะที่ศึกษาได้แก่ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 30.9 รองลงมา คณะวิทยาศาสตร์ ร้อยละ 24.4 และคณะครุศาสตร์ ร้อยละ 18.3 รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 4,965.17 บาท ได้รับรายได้ต่อเดือนในช่วง 3,001 – 6,000 บาท ร้อยละ 63.8 รายได้ต่อเดือนน้อยที่สุดเท่ากับ 1,000 บาท และรายได้ต่อเดือนมากที่สุดเท่ากับ 15,000 บาท

ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.4 โดยมีดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) เฉลี่ย 21.37 กก./ม.² ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.50 – 22.99 กก./ม.²) ร้อยละ 61.0

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 4 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ โดยมีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และองค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามลำดับ

1.3 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส

พฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของตัวอย่างนักศึกษา ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรม 3อ2ส ในภาพรวม อยู่ระดับไม่ดี ร้อยละ 61.0 รองลงมา อยู่ระดับพอใช้ ร้อยละ 36.8 และระดับดีมาก ร้อยละ 2.2

1.4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.4.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่า คณะที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1.3 ส่วนเพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา การมีโรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ($p\text{-value} > 0.05$) ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1.1, 4.1.2 , 4.1.4 และ 4.1.5

1.4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.114, p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1.7 ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.1.6

1.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386$, $p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.2

1.5.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้าน

พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .328$, $p\text{-value} < 0.05$) โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = .289$, $p\text{-value} < 0.05$) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = .260$, $p\text{-value} < 0.05$) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($r = .231$, $p\text{-value} < 0.05$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r = .212$, $p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4.2.2-4.2.6 ส่วนความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 4.2.1

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

2.1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งหมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร เชนสุวรรณ (2561, น. 250-266) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ พบว่านักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี ผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของกรกนก ลัธชนันท์ และจันทร์เพ็ญ นิลวัชรณิ (2562, น. 277-289) ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพฯ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาของพเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ (2562, น. 20-30) ในนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วัชรระ การศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ (2561, น. 1-9) ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี ชลบุรี และการศึกษา

ของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561, น. 67-78) ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่านักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จากการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ประเมินระดับความรอบรู้สุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จากกลุ่มตัวอย่าง 4,800 คน เมื่อปี 2560 (กองสุขศึกษา, 2560) พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งหมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส ได้ถูกต้องบ้าง เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างกับประชาชนทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาได้รับความรู้ และมีโอกาสเข้าถึงเรื่องสุขภาพมากกว่าประชาชนทั่วไป แต่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าประชาชน ดังนั้น จึงควรมีการทบทวนและปรับปรุงหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน จัดทำแนวทางพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับนักศึกษา และมีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2.1.2 ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งหมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเรียนอยู่ในระดับอุดมศึกษา แต่ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมแผนการเรียนในแต่ละหลักสูตรไม่มีเนื้อหาทางสุขภาพบรรจุอยู่ หรือมีเนื้อหาด้านสุขภาพน้อย จึงทำให้ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Paashe-Orlow M.K. & Wolf M.S. (2007), Kickbusch I. & Maag D. (2008, pp. 10-11) ที่กล่าวว่าการศึกษาและระบบการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1.3 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับไม่ดี หมายถึง ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารบนเว็บที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพมีเป็นจำนวนมาก จึงเป็นเรื่องยากที่กลุ่มตัวอย่างจะรู้และเลือกสารสนเทศทางสุขภาพ เพราะข้อมูลด้านสุขภาพเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและเกี่ยวข้องกับชีวิตของบุคคลโดยตรง ทำให้การแสวงหาและประเมินสารสนเทศทางสุขภาพจึงมีลักษณะแตกต่างไปจากสารสนเทศทั่วไป (เทอดศักดิ์ ไม้เท้าทอง, 2554) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังประสบปัญหาการเข้าใช้บริการอินเทอร์เน็ตจากมหาวิทยาลัย เช่น การเชื่อมต่อข้อมูลผ่านมือถือไม่เสถียร ปัญหาความเร็วอินเทอร์เน็ตที่ช้าลง ความครอบคลุมพื้นที่ให้บริการเครือข่ายไร้สาย (สมชัย แก้วศิริรัตน์, 2563, น. 1)

2.1.4 ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพยังมีน้อย นอกจากนี้แหล่งเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เช่น เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ของทั้งระดับคณะและมหาวิทยาลัย ยังขาดการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้โอกาสที่นักศึกษาจะมาเล่าเรื่องด้านสุขภาพ โน้มน้าวให้ผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองจึงมีน้อยตามไปด้วย ถ้านักศึกษามีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น จะช่วยให้นักศึกษา มีการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผล ก่อนจะทำการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ผู้อื่น จะทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นตามมาด้วย (ฉิชรรัตน์ นฤมลต์ และยุวรงค์ จันทรวิจิตร, 2560, น. 116)

2.1.5 ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพในภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคะแนนด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งหมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาต้องรับผิดชอบเรื่องการเรียนรู้ ทำให้ขาดความสนใจต่อสุขภาพตนเองและสภาพแวดล้อม อีกทั้งกระบวนการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพยังมีน้อย นักศึกษารับงานไปปฏิบัติ แต่ไม่ได้กำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้นักศึกษายังขาดการพัฒนาความสามารถทางความคิด ขาดการวิเคราะห์ และทบทวนความถูกต้อง (ฉิชรรัตน์ นฤมลต์, 2560, น. 115) จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองนั้นอยู่ในระดับไม่ดี

2.1.6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีความสนใจ มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ แต่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารบนเว็บมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนมาก ทำให้นักศึกษายอมรับ และเชื่อถือข้อมูล โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางครั้ง ถึงแม้ว่านักศึกษาจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในระดับพอใช้ แต่ควรมีการพัฒนาให้มากยิ่งขึ้น เนื่องจากการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เป็นเรื่องสำคัญต่อการดำเนินชีวิต การเข้าถึงสารสนเทศที่มีคุณภาพและมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ และยังช่วยลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอีกด้วย (เทอดศักดิ์ ไม่เท่าทอง, 2554, น.32)

2.1.7 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทักษะด้านนี้มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ดังนั้นนักศึกษาจึงมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงประโยชน์ของตนเอง (ชินตา เศษะวิจิตรจารุ, 2561)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๕ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

2.2.1 พฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๕ ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง พบว่าพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๕ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ และการออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจากนักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจทางด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และไม่เห็นถึงความสำคัญในการบริโภคอาหาร การมีความเครียดที่ยากจะผ่อนคลายได้ และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายน้อย จึงไม่ได้นำมาปฏิบัติ ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ระดับพอใช้ขึ้นไป เช่น สมคิด สวนศรี (2560, น. 23) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง การศึกษาของสมคิด สวนศรี อานนท์ สีดาเพ็ง และนิคม มูลเมือง (2556, น.59-86) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแม่โจ้ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาของวานิช สุขสถาน (2560, น. 252-258) ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษายาบาลสวนสุนันทา พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ประเมินระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๕ ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จากกลุ่มตัวอย่าง 4,800 คน เมื่อปี 2560 (กองสุขศึกษา, 2560) พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๕ ของคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งหมายถึง เป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พอใช้และมีการปฏิบัติตามหลัก 3๐2๕ ได้ถูกต้องบ้าง เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างกับประชาชนทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า ดังนั้นควรมีการเสริมสร้างสุขภาพในมหาวิทยาลัย และมีระบบการสนับสนุนกำกับ เช่น การมีนโยบายและพัฒนาลีขบวนที่เอื้อกับสุขภาพให้แก่ นักศึกษา

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพ ๐1 อาหาร ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับไม่ดี และมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากนักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจทางด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจึงไม่ได้นำมาปฏิบัติ ส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมการกินอาหารที่มีไขมันสูง การกินอาหารหวานจัด เค็มจัด การกินอาหารที่มีกากใยน้อย และไม่ควบคุมปริมาณอาหารให้เพียงพอกับร่างกายตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ แสงรัศมี (2558, น. 29) ที่ทำการศึกษาในนิติระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน พบว่าอาหารจานด่วนที่กลุ่มตัวอย่างชื่นชอบรับประทานมากที่สุด

คือ ไข่ทอดและมักรับประทานคู่กับเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม โดยให้เหตุผลในการเลือกรับประทานอาหารจานด่วนว่าสะดวกและรวดเร็ว

2.2.3 พฤติกรรมสุขภาพ ๐2 ออกกำลังกาย ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับไม่ดี โดยนักศึกษามีกิจกรรมที่เคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยน้อย ขาดการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากนักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจทางด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายน้อย มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง จึงไม่ได้นำมาปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลีวัล เลิศสาครศิริ และชะบา คำปัญญา (2560, น.67-75) ในนักศึกษาศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจเนื่องจากนักศึกษาเหนื่อยล้าจากการเรียน รวมถึงการปฏิบัติงานในเวรบำบาศึก ภาระการเรียนที่หนักอาจทำให้นักศึกษาไม่ออกกำลังกาย และดูแลตนเองน้อย

2.2.4 พฤติกรรมสุขภาพ ๐3 อารมณ์ ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับไม่ดี นักศึกษาที่มีความเครียดยากที่จะผ่อนคลายลงได้ หากต้องการคลายเครียด นักศึกษาจะเลือกวิธีการรับประทานอาหารที่ตนเองชอบ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเพชร พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ (2562, น. 27-29) ในนักศึกษาศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระศรีฯ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของสรารุติ พงษ์พิพัฒน์ และคณะ (2560, น. 39-40) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่สามารถจัดการกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม แต่ยังมีบางส่วนที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และไปเที่ยวแหล่งบริการ

2.2.5 พฤติกรรมสุขภาพ ๐1 สูบบุหรี่ ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาเคยทดลองสูบบุหรี่ และมีปัจจัยทางสังคมที่สนับสนุนให้มีแรงจูงใจในการบริโภคสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา ปุราคม (2556, น. 34-35) ในนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเสพสารเสพติด อยู่ในระดับพอใช้

2.2.6 พฤติกรรมสุขภาพ ๐2 สุรา ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาเคยดื่มสุรา และรวมกลุ่มกับเพื่อนเพื่อดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมาจากปัจจัยทางสังคมที่สนับสนุนให้มีแรงจูงใจในการบริโภคแอลกอฮอล์ การมีสถานเริงรมย์ร้านอาหารที่จำหน่ายแอลกอฮอล์ใกล้กับมหาวิทยาลัยและหอพัก ซึ่งจะสะดวกในการซื้อ ทำให้เป็นสาเหตุที่ดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา ปุราคม (2556, น. 34-35) ในนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของพศิษรัตน์ ภาสน์พิพัฒนกุล (2553, น. 80-81)

ศึกษาพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มสุรา คือ การเลียนแบบเพื่อนให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

2.3.1 เพศ

จากการศึกษาวิจัย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจุบันเพศชายและเพศหญิงได้รับความรู้เท่าเทียมกันจากสถานศึกษา จากสื่อมวลชนและสื่อต่างๆ ซึ่งเป็นลักษณะ โลกไร้พรมแดน มีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌัฐภัตสร ศรีคง (2553, น. 71) และสมคิด สวนศรี (2560, น. 22) ผลการศึกษานี้แตกต่างกับ อัจฉรา ปุราคม (2556, น. 36) และอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ (2553, น. 134) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = -0.131, p < 0.05$) โดยเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกาย ส่วนผลของการศึกษาของ อานนท์ สีดาเพ็ง (2556, น. 75) และวิไลวรรณ จงรัชย์สัตย์ (2548, น. 80) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ ($r = 0.277, p < 0.05$) โดยนักศึกษาหญิงมีพฤติกรรมด้านสุขภาพดีกว่านักศึกษาชาย อาจเนื่องมาจากบทบาทการยอมรับทางสังคมของเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง เช่น ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่งผลให้เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี

2.3.2 อายุ

จากการศึกษาวิจัย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุของนักศึกษาอยู่ในช่วงวัยใกล้เคียงกัน ศึกษาในระดับปริญญาตรีเหมือนกัน การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็จะคล้ายคลึงกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา ปุราคม (2556, น. 36) และอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ (2553, น. 134) ผลการศึกษานี้แตกต่างกับอานนท์ สีดาเพ็ง (2556, น. 76) และสมคิด สวนศรี (2560, น. 23) พบว่าอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ($p < 0.05$) โดยนักศึกษาที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก ทั้งนี้เพราะว่านักศึกษาที่มีอายุมากเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีกิจกรรมเกี่ยวกับการเรียนมาก จึงทำให้ไม่มีเวลาว่างพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.3.3 ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง เนื่องจากระดับชั้นปีที่กำลังศึกษานั้นเป็นเพียงระดับของการศึกษาเท่านั้น แต่การหาความรู้เรื่องสุขภาพนั้น ไม่ได้มีในตำราเรียน เพียงอย่างเดียว สามารถหาความรู้เรื่องสุขภาพได้จากสื่อมวลชนต่างๆ จึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัฐภัสสร ศรีคง (2553, น. 71) และอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ (2553, น. 135) ผลการศึกษานี้แตกต่างกับ อัจฉรา ปุราคม (2556, น. 36) พบว่าระดับชั้นปีแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกัน ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากชั้นปีที่แตกต่างกันจะมีตารางเรียนไม่เหมือนกัน จึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

2.3.4 คณะที่ศึกษา

จากการศึกษาวิจัย พบว่า คณะที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยคณะที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีที่สุด คือ คณะครุศาสตร์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างของมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ที่ทุกคณะจะมีสาขาวิชาครุศาสตร์เข้าไปอยู่ร่วมด้วย ยกเว้นคณะครุศาสตร์ที่เป็นครุศาสตร์แท้ไม่มีสาขาวิชาอื่นปน ประกอบกับมหาวิทยาลัยมีชื่อเสียงจนเป็นที่ยอมรับในการผลิตบัณฑิตสายครุ มีความเข้มข้นในการสอบคัดเลือก ตลอดจนการผลิตบัณฑิตครูที่จะเป็นต้นแบบออกสู่สังคม มีการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพ ดังนั้นคณะครุศาสตร์จึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าคณะอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา ปุราคม (2556, น. 36) โดยคณะที่มีกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพก็จะทำให้นิสิตมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับคณะที่ไม่มีกิจกรรม นิสิตคณะที่ต่างกันจะได้เรียนในวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ไม่เหมือนกันซึ่งจะทำให้มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ต่างกันไปด้วย ผลการศึกษานี้แตกต่างกับ อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ (2553, น. 135) พบว่าคณะที่เรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากคณะที่เรียนนั้นเป็นเพียงสาขาวิชาที่นักศึกษาเลือกเรียนเท่านั้น แต่การหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ได้มีเพียงในตำราเพียงอย่างเดียว สามารถหาความรู้เรื่องสุขภาพได้จากทุกแหล่ง การปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง

2.3.5 รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน

จากการศึกษาวิจัย พบว่า รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ($r = -0.114, p = 0.032$) โดยนักศึกษาที่มีรายรับต่อเดือนเป็นจำนวนมาก มีแนวโน้มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษากลุ่มที่มีรายรับต่อเดือนต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาที่มีฐานะทาง

เศรษฐกิจดีหรือร่ำรวย มักจะมีพฤติกรรมใช้จ่ายฟุ่มเฟือย และมีกิจกรรมทางสังคมมาก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ สีดาเพ็ง (2556, น. 77) ผลการศึกษานี้แตกต่างกับ สมคิด สวณศรี (2560, น. 24) พบว่านักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่านักศึกษาที่มีค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนต่ำกว่า ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะค่าใช้จ่ายที่ได้รับมีผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่ หากได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือนมากก็จะมี การดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือนน้อย และแตกต่างกับผลการศึกษาของ อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ (2553, น. 135) ที่พบว่า รายได้ที่ได้รับต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากรายได้ที่ได้รับต่อเดือนของนักศึกษานั้นเป็นจำนวนเงินอยู่ระหว่าง 3,001-6,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการดำรงชีพในชีวิตประจำวัน และแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพของมหาวิทยาลัยนั้นเสียค่าใช้จ่ายน้อยหรือไม่ได้เสียเลยในบางทรัพยากร

2.3.6 การมีโรคประจำตัว

จากการศึกษาวิจัย พบว่า การมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมศักดิ์ ถิ่นขจี (2559, น. 33) ที่ศึกษาพฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า การมีโรคประจำตัวของนักศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมลดความอ้วน ผลการศึกษานี้แตกต่างกับ อัญฐิรมา พิสัยพันธ์ (2556, น. 358) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ พบว่า กลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย เพราะ โรคอ้วนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย และสถานะทางสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกาย

2.3.7 ดัชนีมวลกาย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่นั้น ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวแต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ สีดาเพ็ง (2556, น. 78) และณัฐภัตสร ศรีคง (2553, น. 78) ผลการศึกษานี้แตกต่างกับสุกกร หวานกระ โทก (2561, น. 138) พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($\chi^2 = 13.622, p < 0.05$) เนื่องจากสถานศึกษาอยู่ใกล้สถานบริการ ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายที่ส่วนใหญ่มีความรู้ดังกล่าวในระดับปานกลางขึ้นไป

สรุป ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ คณะ และรายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

ผลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ($r = 0.386, p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลให้นักศึกษาไม่สามารถสืบเสาะแสวงหาข้อมูลความรู้ ไม่สามารถทำความเข้าใจข้อมูลความรู้ที่ได้รับ และไม่สามารถคิดวิเคราะห์ ใคร่ครวญเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ที่ได้รับ จนส่งผลทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัย เช่น การศึกษาของ จิระภา จำพิสุทธ์ (2561, น. 67-78) ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .33, p < .01$) การศึกษาของ พะเยา พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ (2562, น. 20-32) ในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม พบว่าความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .121, p < .05$) ความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระหว่างความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) กับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ มักขาดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลหรือบริการทางสุขภาพ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือขาดการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จึงทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือมีภาวะเจ็บป่วยได้โดยง่าย และหากบุคคลใดมีความรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอ ก็จะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูลวิเคราะห์ ประเมินคุณค่าข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ หรือเข้าถึงได้ จนสามารถตัดสินใจนำข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีตามมา จึงนับได้ว่าความรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลให้นักศึกษามีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (พะเยา พงษ์ศักดิ์ชาติ, 2561, น. 29) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ รายงานพบว่า

2.4.1 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพในระดับไม่ดี และมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี ทั้งนี้ อธิบายได้

ว่าถึงแม้การมีความรู้เรื่องสุขภาพนั้นมีความจำเป็น ถ้าบุคคลนั้นมีความรู้ทางด้านสุขภาพอย่างเพียงพอก็สามารถยับยั้งอาการต่างๆก่อนการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นได้ และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย (Green & Kruter, 1991, pp. 140-147)

2.4.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ($r = 0.289$, $p\text{-value} < 0.05$) หมายถึง ถ้านักศึกษามีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารบนเว็บที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพมีเป็นจำนวนมาก จึงเป็นเรื่องยากที่นักศึกษาจะเลือกสารสนเทศทางสุขภาพ นอกจากนี้ นักศึกษายังขาดความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้นที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบเชื่อมโยงด้วยหลักเหตุผลความน่าเชื่อถือความถูกต้องเพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพ (ฉิรรัตน์ นฤมลต์, 2560, น. 108-119) ประกอบกับปัญหาการเข้าถึงการใช้บริการอินเทอร์เน็ตจากมหาวิทยาลัย จึงทำให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี ดังนั้นจึงส่งผลให้ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี

2.4.3 ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ($r = 0.231$, $p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ถ้านักศึกษามีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามีการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการขาดโอกาสที่นักศึกษาจะมาเล่าเรื่องด้านสุขภาพ เพราะพื้นที่การพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพยังมีน้อย ทำให้ไม่มีทักษะในการเผยแพร่ ชักชวน และรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพขาดการคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบตามหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ เพื่อกระตุ้นชักนำความคิดและวิถีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม ทั้งนี้หากนักศึกษาสามารถสื่อสาร หรือถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้ จำเป็นต้องมีการคิดใคร่ครวญมีเหตุผล (ฉิรรัตน์ นฤมลต์, 2560, น. 108-119) จึงทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี ดังนั้นจึงส่งผลให้ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพไม่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี

2.4.4 ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ($r = 0.328$, $p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ถ้านักศึกษามีทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามีการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพยังมีน้อย นักศึกษาไม่ได้กำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ ทำให้นักศึกษายังขาดความสามารถทางความคิด ขาดการวิเคราะห์ และทบทวนความถูกต้อง ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับ ไม่ดี มีพฤติกรรมการกินอาหารไขมันสูง กินอาหารรสจัด กากใยน้อย ไม่ควบคุมปริมาณอาหารให้เพียงพอกับร่างกายตนเอง ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด ยากที่จะผ่อนคลายลงได้ จึงส่งผลให้การจัดการตนเองไม่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562, น. 116-123) ในนักศึกษاپริญญาตรี เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ($r = .637, p < 0.001$)

จากศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าองค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์สูงสุดต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของผู้บริหารภาครัฐ พบความสัมพันธ์ภาพรวมระดับปานกลาง ($r = 0.448$) โดยความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองมีระดับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น (พิทยาไพบุลย์ศิริ, 2561, น. 104-105) ซึ่งการจัดการตนเองเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนปฏิบัติ และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เหตุที่องค์ประกอบนี้มีความสำคัญมากที่สุดเพราะเป็นการวางแผนเตรียมตัวเพื่อให้ตนเองปฏิบัติตามหลัก 3๐2ส ให้ได้มากที่สุด ในขณะที่องค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารด้านสุขภาพ เป็นเพียงกระบวนการที่จะเกิดความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ ยังไม่นำไปสู่การวางแผนปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี (กมล ธรรม และประกันชัย ไกรรัตน์, 2562, น. 80-81)

2.4.5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ($r = 0.212, p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ถ้านักศึกษามีทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักศึกษามีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในระดับพอใช้ เนื่องจากนักศึกษาเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีความสนใจการใช้เทคโนโลยีในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (จิระภา ขำพิสุทธิ์, 2561, น. 75) แต่มีการวิเคราะห์ หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางครั้งเท่านั้น จึงไม่สามารถนำข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี จึงส่งผลให้การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

2.4.6 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ($r = 0.260, p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ถ้านักศึกษามีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า นักศึกษามีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทักษะด้านนี้มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ดังนั้นนักศึกษาจึงมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงประโยชน์ของตนเอง แต่ยังขาดการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/วิธีการปฏิบัติ อีกทั้งยังไม่สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561, น. 1-11) จึงทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี ดังนั้นจึงส่งผลให้การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

3.1 ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงในภาพรวม อยู่ในระดับไม่ดี จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษา ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาดังนี้

3.1.1 ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารและคณาจารย์

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพในภาพรวมของนักศึกษา อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมแผนการเรียนในแต่ละหลักสูตรไม่มีเนื้อหาทางสุขภาพบรรจุอยู่ หรือมีเนื้อหาด้านสุขภาพน้อย ดังนั้นผู้บริหารและคณาจารย์ ควรเพิ่มช่องทางการให้ความรู้แก่นักศึกษาที่มากขึ้น เช่น บรรจุเนื้อหาที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตร หรือบรรจุในรายวิชาของหมวดศึกษาศาสตร์ทั่วไป (General Education) จัดทำแผนการดำเนินงานการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับนักศึกษา และมีการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในภาพรวมของนักศึกษา อยู่ในระดับไม่ดี ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีความสนใจ มีทักษะในการใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ แต่การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารบนเว็บมีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนมาก ทำให้นักศึกษายอมรับ และเชื่อถือข้อมูล โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางครั้ง นอกจากนี้ นักศึกษายังประสบปัญหาการเข้าใช้บริการอินเทอร์เน็ตจากมหาวิทยาลัย ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรจัดสิ่งสนับสนุนบริการสุขภาพอย่างเพียงพอและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์ ป้ายนิเทศการ เสี่ยงตามสาย เฟซบุ๊ก และเว็บไซต์ของทั้งระดับคณะและมหาวิทยาลัย รวมทั้งมีการแนะนำให้นักศึกษารู้จักวิธีการประเมินสารสนเทศทางสุขภาพ เพื่อจะได้เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย และรู้จักตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือสำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพ แนะนำการใช้ mobile health technology และ applications รวมถึงการบริการอุปกรณ์ไร้สาย (wireless devices)

3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในภาพรวมของนักศึกษา พบว่าอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพยังมีน้อย ยังขาดการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้โอกาสที่นักศึกษามาเล่าเรื่องด้านสุขภาพ โน้มน้าวให้ผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองจึงมีน้อยตามไปด้วย ดังนั้น มหาวิทยาลัยจึงควรสร้างพื้นที่เพื่อให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ เช่น สร้างชุมชนสื่อสารออนไลน์ (Social Media)

4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาไม่ได้กำหนดวิธีการที่จะนำไปสู่กระบวนการปฏิบัติ ทำให้นักศึกษายังขาดการพัฒนาความสามารถทางความคิด ขาดการวิเคราะห์ และทบทวนความถูกต้อง ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรส่งเสริมการจัดกิจกรรม เพื่อฝึกการจัดการตนเอง เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ ซึ่งอาจส่งเสริมผ่านทางชมรมอย่างเป็นทางการ เช่น ชมรมกีฬา ชมรมธรรมดี โดยมีเงื่อนไขให้นักศึกษาเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย วางแผน ปฏิบัติตามแผน และทบทวนวิธีการปฏิบัติ หรือส่งเสริมกิจกรรมผ่านทางรายวิชาที่เรียน โดยมีการจัดการแข่งขัน การมอบรางวัล ให้การยกย่อง สำหรับนักศึกษาที่เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

5) พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมของนักศึกษา อยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับไม่ดี โดยนักศึกษามีพฤติกรรมการกินอาหารที่มีไขมันสูง กินอาหารรสจัด มีกากใยน้อย และไม่ควบคุมปริมาณอาหาร ขาดการออกกำลังกาย และมีความเครียดตกที่จะผ่อนคลายลงได้ ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรมีนโยบายและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อกับสุขภาพ เช่น ผู้บริหารกำหนดกฎระเบียบพร้อมทั้งควบคุมตรวจสอบให้ร้านค้ามีการจำหน่ายอาหารที่ถูกต้องตามหลัก

โภชนาการในมหาวิทยาลัยและคณะ กำหนดเวลาเรียนให้นักศึกษามีการออกกำลังกายในระหว่างวันอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

3.1.2 ข้อเสนอแนะต่อนักศึกษา

1) นักศึกษาควรตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งควรนำข้อมูลจากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ตนเองว่าควรพัฒนาการเรียนรู้อะไรให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพนักศึกษาควรวิเคราะห์ สังเคราะห์จนนำมาสู่การสร้างทักษะในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในด้านต่างๆได้

3.2 ข้อเสนอแนะต่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษา โดยใช้สถิติ Independent Samples T Test และ One-Way ANOVA

3.2.2 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา

3.2.3 ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อศึกษาหาแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มแบบเจาะจง (Focus group discussions)

3.2.4 การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงจังหวัดราชบุรีเท่านั้น ควรมีการศึกษาในสถานศึกษาอื่นๆเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างไร จะได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปประกอบการวางแผนนโยบายแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของสถานศึกษาต่อไป

3.2.5 ควรมีการศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา

3.2.6 ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาจารย์และบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรกนก ลัทธิพันธ์, และจันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษา
พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
กรุงเทพฯ*, 35(1), 277-289.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนตามสุขบัญญัติแห่งชาติ*. นนทบุรี:
กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ*. สืบค้นจาก
<http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/HLC.pdf>. (วันที่สืบค้น
19 พฤษภาคม 2561)
- _____. (2561). *คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จับมือกับกรมอนามัย ผนึกกำลัง
สร้างคนไทยให้มีความรอบรู้สุขภาพ*.
สืบค้นจาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=12124. (วันที่สืบค้น 16
กรกฎาคม 2562)
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2553). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม
(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2553*. กรุงเทพฯ: กุรุสภา.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การปฏิรูปความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มที่ 2*.
สืบค้นจาก [http://164.115.25.41/expertcenter/wp-content/uploads/2018/conference/
HPT3/Report/G2.Health%20LiteracyV5.pdf](http://164.115.25.41/expertcenter/wp-content/uploads/2018/conference/HPT3/Report/G2.Health%20LiteracyV5.pdf). (วันที่สืบค้น 16 กรกฎาคม 2562)
- _____. (2560). *รายงานการประชุมคณะผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุขประเด็นเรื่อง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2560*. สืบค้นจาก
<http://dmsic.moph.go.th/index/detail/6890>. (วันที่สืบค้น 19 พฤษภาคม 2561)
- กรรณิการ์ ใค้วเจริญ, และอำภาพรรณ บุญเรือง. (2559). *พฤติกรรมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทาง
สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ
นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12* (น. 1649-1660). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *โครงการศึกษาและ
พัฒนาองค์ความรู้เรื่อง health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้าน
สุขภาพสำหรับประชาชน ปีงบประมาณ 2553-2554*. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.

- (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- (2556). แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับจังหวัด. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- (2557). การประเมินผลสัมฤทธิ์การส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเป้าหมายโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพปีงบประมาณ 2557. สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th/linkHed/321>. (วันที่สืบค้น 16 กรกฎาคม 2562)
- (2558). รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2558. สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th/linkHed/321>. (วันที่สืบค้น 16 กรกฎาคม 2562)
- (2559). การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน และกลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- (2559). แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ 30 2ส ของคนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- (2560). รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2560. สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th/linkHed/321>. (วันที่สืบค้น 16 กรกฎาคม 2562)
- (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าถึงเข้าใจและการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf. (วันที่สืบค้น 20 กรกฎาคม 2562)
- คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (2559). รายงานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เรื่อง “การปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. สืบค้นจาก https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nr52558/d111459-03.pdf. (วันที่สืบค้น 20 กรกฎาคม 2562)

- คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552-2553. (2555). *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ.2552-2553*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- จิระภา ขำพิสุทธี. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 24(1), 67-78.
- ชลิดาภรณ์ ส่องสัมพันธ์. (2551). *ประวัติศาสตร์ของแพควิถี*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.).
- ชชนวนทอง ธนสุกาญจน์, และนริมาลย์ นีละไพจิตร. (2559). การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ *Health literacy* ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชินดา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 1-11.
- เชษฐา งามจรัส. (2557). *การพัฒนาและการทดสอบ n4Studies โปรแกรมบนอุปกรณ์เคลื่อนที่สำหรับคำนวณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยทางด้านระบาดวิทยา*. สืบค้นจาก http://rdo.psu.ac.th/pride/pride_show_reward_detail.php?rewardid=0068. (วันที่สืบค้น 15 มีนาคม 2563)
- ฐาปนี สิริรุ่งเรือง. (2559). *ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของพนักงานบริษัทเบทาโกร จำกัด (มหาชน)*. (สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกริก. กรุงเทพฯ.
- ณิชรัตน์ นฤมลต์, และชวยงค์ จันทรวิจิตร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(1), 108-119.
- ณัฐภัตสร ศรีคง. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*. (สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- ทรงทรศน์ จินาพงศ์. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและกิจกรรมทางกายของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นกรุงเทพฯ*. สืบค้นจาก http://www.northbkk.ac.th/research/themes/downloads/abstract/1528871172_abstract.pdf. (วันที่สืบค้น 20 กันยายน 2562)

- เทอดศักดิ์ ไม้เท้าทอง. (2554). การสืบค้นและการประเมินแหล่งสารสนเทศทางสุขภาพบนเว็บ
ประเด็นและบทวิเคราะห์จากงานวิจัย. *วารสารสารสนเทศศาสตร์*, 29(3), 31-41.
- ธราธร ดวงแก้ว, และหิรัญญา เศษอุดม. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ:
กรณีศึกษาดำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัย
ราชภัฏนครปฐม.
- ชัยชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้
ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัด
อุทัยธานีและอ่างทอง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(6), 67-83.
- นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ้มวิจิตรวงศ์, และนิตยา ศิริแก้ว. (2562). ความรอบ
รู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการ
สุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. ใน *การ
ประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10* (น. 1600-1611). สงขลา:
มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, และเฉชา เกตุน้ำ. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). นนทบุรี: กองสุศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- เนตรนภา กิจรุ่งพิพัฒน์ และอนุสรฯ พันธุ์นิธิ์. (2555). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี.
สืบค้นจาก <http://www.mis.ms.su.ac.th/MISMS02/PDF01/2555/GB/52.pdf>.
(วันที่สืบค้น 20 กรกฎาคม 2562)
- นันทรัตน์ ภูประดิษฐ์. (2541). การดูแลตนเองและการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี.
(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2545). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- เบญจพร อรุณประภรณ์, โชติกา วงศ์เจริญ, และรัชดาภรณ์ แม่นศิริ. (2559). พฤติกรรมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรชั้นปีที่ 3. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาตินเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12* (น.1636-1648). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ผทัยรัตน์ ภาสกรพิพัฒน์กุล. (2553). *รายงานผลการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ประไพจิตร โสมภีร์, อาทิตยา แก้วน้อย, และกนกกาญจน์ เมฆอนันต์รัช. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 20(1), 20-32.
- เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ. (2561). *โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ของนักศึกษาพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 97-107.
- ภมร ดรณ, และประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 71-82.
- มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต. (2560). การเสริมสร้างความรอบรู้สู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการสุขศึกษา. *วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ*, 3(2), 1-12.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง. (2559). *ประวัติมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.* สืบค้นจาก http://www.mcru.ac.th/m_about_new.php?action=history. (วันที่สืบค้น 6 สิงหาคม 2562)
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และชะบา คำบุญโญ. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, (25)3, 67-76.

- รวีวรรณ อนันโท. (2562). รายงานสารสนเทศการใช้บริการห้องพยาบาล ณ อาคารอำนวยการ.
ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- เลิศลักษณ์ เรืองทอง. (2561). รายงานผลการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และสุขอนามัยส่วนบุคคล ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน
โรงพยาบาลยะลา ประจำปี 2561. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ. (2550). *Precede-Proceed Model*. สืบค้นจาก
<https://www.gotoknow.org/posts/115416>. (วันที่สืบค้น 23 กรกฎาคม 2562)
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วารภรณ์ แสงรัสมิ์. (2558). พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนิสิตระดับปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. สืบค้นจาก
http://ped.edu.ku.ac.th/home/specialproblem/files/25_05_2015_22_06_39.pdf.
(วันที่สืบค้น 17 มิถุนายน 2562)
- วานิช สุขสถาน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา
พยาบาลสวนสุนันทา ใน การประชุมสวนสุนันทาวิชาการด้านวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยีระดับชาติ ครั้งที่ 3 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1 (น. 252-258). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- วิไลวรรณ จงรัชต์ชัย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ
ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วัชรพร เชยสุวรรณ, และอมลวรรณ ดันแสนทวี. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน
สุขภาพของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารแพทย์นาวิ*,
45(2), 250-266.

- ศิริวรรณ ชอบธรรมสกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 116-123.
- ศุภกร หวานกระโทก, และจุไรรัตน์ วัชรอาสน์. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาเขต 18 จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 132-141.
- ศักดิ์ชัย ชาวหงษา. (2562). รายงานสารสนเทศจำนวนนักศึกษา ประจำปีการศึกษา 1/2562. ราชบุรี: สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมคิด สวนศรี, ปราจิต ทิพย์โอสถ, และพนิดา ดันสิน. (2560). ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. *วารสารศิลปกรรมศาสตร์วิชาการวิจัย และงานสร้างสรรค์*, 1(2), 1-25.
- สมชัย แก้วศิริรัตน์. (2563). บันทึกข้อความเลขที่ อว.0635.07/ว011. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. (2563, 14 มกราคม). เรื่อง แจ้งปัญหาการใช้งานระบบอินเทอร์เน็ต มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง. มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- สมชาย วรภิเษมสกุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุตรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี.
- สมศักดิ์ ถิ่นขจี, และพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2559). พฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จังหวัดนนทบุรี. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 10(1), 72-82.
- สรารุณี พงษ์พิพัฒน์, ภัทร ยันตรกร, และรัชกร พุกกะมาน. (2560). พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *ศึกษาศาสตร์สาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 1(1), 34-45.
- สุชา จุลสำลี, และนนทยา ทางเรือ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภครักกับระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 21(42), 107-121.
- สุชาติ เพชรเทียนชัย. (2562). รายงานสารสนเทศการเกิดอุบัติเหตุของนักศึกษา. ราชบุรี: กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- สุริรัตน์ รุ่งเรือง, และสมเกียรติ สุนันทพงศ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 17(1), 109-123.

- สินีนารถ ศรีสรสิทธิ์, และรัตนา ปานเรียนแสน. (2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร.* (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560–2564).* สืบค้นจาก https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=8309&filename=index. (วันที่สืบค้น 3 กันยายน 2562)
- สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. (2555). *รู้ทันมหันตภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภัยเงียบใกล้ตัว.* นนทบุรี: มติชนปากเกร็ด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข.* กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศิริ. (2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค.* *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-52.*
- อรุณรัตน์ สารวิโรจน์. (2553). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรุณรัตน์ สารวิโรจน์, และกานดา จันทร์แย้ม. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.* *วารสารวิทยาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์, 35(2), 223 - 234.*
- อานนท์ สีดาเพ็ง, และนิคม มูลเมือง. (2556). *ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย.* *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 1(1), 59-86.*
- อารีย์ แร่ทอง. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอรัตนบุรี จังหวัดนครราชสีมา.* *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 15(3), 62-70.*
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *รายงานผลการวิจัยเรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย.* นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การวัดและการพัฒนา.* กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

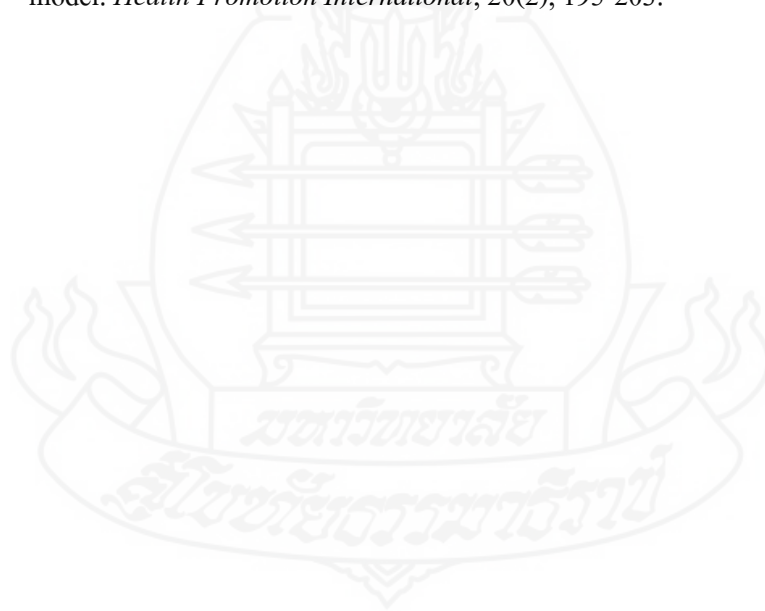
- อังศินันท์ อินทรกำแหง, และรัชชนก ชุมทอง. (2560). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(3).
- อัจฉรา ปุราคม, และยอดแก้ว แก้วมหิงสา. (2556). รายงานผลการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัญฉวีรมา พิสัยพันธ์, จรรยา ภัทรอาชาชัย, และกัญทิวิร์ วิวัฒน์พานิชย์. (2556). ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 13(3), 352-360.
- Baker, D.W., et al., (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33-42.
- Baker, D.W., et al., (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-9.
- Begoray, D., & Kwan, B. (2011). A Canadian exploratory study to define a measure health literacy. *Health Promotion International*, 27(1), 23-32.
- Bloom BS. (1968). Learning for mastery. *Evaluation Comment*, 1(2), 29-62.
- Center for Disease Control and Prevention. (2018). *The National Health Education Standards: NHES*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/healthyschools/sher/standards/index.htm>. (Retrieved 2019, March 8)
- Davis, T.C., et al., (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, 23(6), 433-435.
- Davis, T.C., et al., (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
- Dewalt, D.A., et al., (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *The Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-39.
- Edwards M., Wood F., Davies M., & Edwards A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12, 130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
- European Commission. (2007). *Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. Com 630 final 2007.

- Freedman, D. et al. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning third edition an educational and ecological approach*. (3 rd ed.). California: Mayfield publishing company.
- Hanson-Divers, E.C. (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 8(1), 56-69.
- Intarakamhang U & Kwanchuen Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thai adults. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587-594.
- Intarakamhang U & Intarakamhang P. (2017). Health literacy scale and model of childhood overweight. *Journal of Research in Health Science*, 17(1), 1-8.
- Ishicawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communication, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Ishikawa, H., Nomura, K, Sato, M., & Yano, E. (2008b). Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23(3), 269-274.
- Kickbusch I, Maag D. (2008). Health Literacy, in: International. Encyclopedia of Public Health, First Edition. *Academic Press*, vol. 3, 204-211.
- Kickbusch, I. (2007). *South Australia takes the Lead on 21st Century Health*. Interim Report, 16 March. Adelaide Thinker in Residence.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating Health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK.
- Kickbusch I., Pelikan M.J., Apfel F., & Tsouros AD. (2013). *Health Literacy. The solid facts*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>. (Retrieved 2019, July 4)
- Kim, S.H. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18(16), 2337-2343.
- Ko, Y. Lee, Y., Toh, M.P., Tang, W., & Tan, A.S. (2011). Development and validation of a general health literacy test in Singapore. *Health Promotion International*, 27(1), 45-51.

- Lee, T.W, Kang, S.J., Lee, H.J., & Hyun, S.I. (2009). Testing health literacy skills in older Korean adults. *Patient Education and Counseling*, 75, 302-307.
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11 (1), 77-89.
- Manganello, J.A. (2008). Health literacy and adolescents. A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- McCormack, L., Bann, C., Squiers, L., Berkman, CS., Schillinger, D., et al. (2010). Measuring health literacy: a pilot study of a new the skills-based instrument. *The Journal of Health Communication*, 15(S2), 51-71.
- M. Kanj and W. Mitic. (2009). Promoting health and development: Closing the implementation Gap. In *Health literacy and health promotion in 7th Global conference on health promotion*. Nairobi Kenya.
- NAAL. (2006). National Assessment of Adult Literacy. *The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education.
- National assessment of adult literacy. (2006). *The health literacy of America's adults results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Retrieved from <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>. (Retrieved 2019, June 26)
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2018). *The National Health Education Standards: NHES*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/healthyschools/sher/standards/index.htm> (Retrieved 2018, March 8)
- National Assessment of Adult Literacy: NAAL. (2006). *The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education.
- Norman C.D. & Skinner H.A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), 27.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8.
- Osborne R.H., Batterham RW, Elsworth G.R., Hawkins M, & Buchbinder R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 1-17.
- Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome inschools, Simovska, V. editor. *Heath Education Research*, 112(2), 133-152.
- Paasche-Orlow, M,K., & Wolf, MS. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31, 19-26.
- Parker R.M., Baker D.W., William M.V., Nurss J.R. (1995). The test of functional health literacy in adult: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Parker, R.M. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283.
- Parker, R.and Ratzan, S.C. (2010). Health literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15(S2), 20-33.
- Pelikan, J.M., Rothlin, F. & Ganahl, K (2014). *Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HIS-EU study*. Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research Vienna Austria.
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D.A. (2008). *A vision for a health literacy Canada report of the expert panel on health literacy*. Ottawa. Promotion E-Bulletin.
- Shaheen, A. N., Nassar, O. S., Amre, H. M., & Hamden-Mansour, A. M. (2015). Factors affecting health-promoting behaviors of university students in Jordan. *Health*, 7(1), 1-8.
- Sharif, I. & Blank A.E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 43-8.
- Shen, M., Hu, M., Liu, S., Chang, Y., & Sun, Z. (2015). Assessment of the Chinese resident health literacy scale in a population-based sample in South China. *BMC Public Health*, 15(637).

- Sorensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J, et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- Tsai, T., Lee, S.D., & Kuo, Y.N. (2011). Methodology and validation of health literacy scale development in Taiwan. *Journal of Health Communication*, 16(1), 50-61.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: understanding and improving health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Weiss, B.D., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- World Health Organization (WHO). (1998). *Health Promotion Glossary*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. (Retrieved 2019 September 3)
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา



ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (แบบสอบถาม)

1. นายรุ่งเรือง เค่นดวงใจ

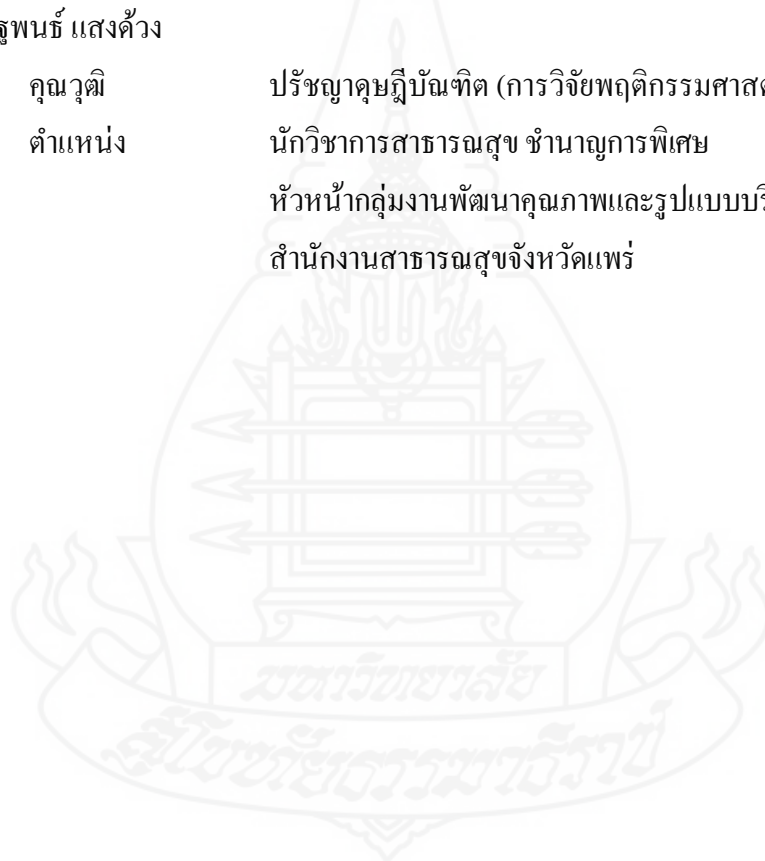
คุณวุฒิ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

2. ดร.ปิยะ บุษชา

คุณวุฒิ ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
ตำแหน่ง อาจารย์ สำนักนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

3. ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง

คุณวุฒิ ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่





ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม

แบบสอบถาม**ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง
จังหวัดราชบุรี**

คำชี้แจง 1. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน รวมจำนวน 53 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล (8 ข้อ)

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ตอนดังนี้

2.1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (10 ข้อ)

2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (5 ข้อ)

2.3 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (5 ข้อ)

2.4 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ (5 ข้อ)

2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (5 ข้อ)

2.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (5 ข้อ)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ (10 ข้อ)

2. แบบสอบถามนี้ไม่ใช่ข้อสอบ เป็นเพียงการศึกษาเพื่อนำผลไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา โดยคำตอบทุกข้อจะเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลต่อผู้ใดทั้งสิ้น จึงขอให้นักศึกษาตอบคำถามให้ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกที่แท้จริงของนักศึกษาให้มากที่สุด

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าคำตอบที่เลือกหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับนักศึกษามากที่สุด

1. เพศ

(1) ชาย

(2) หญิง

2. อายุ

ระบุ.....ปี (เต็มบริบูรณ์)

3. ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

(1) ชั้นปีที่ 1

(2) ชั้นปีที่ 2

(3) ชั้นปีที่ 3

(4) ชั้นปีที่ 4

(5) ชั้นปีที่ 5

(6) อื่นๆ.....โปรดระบุ

4. คณะที่กำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

ระบุ.....

5. รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน

ระบุ..... (บาท)

6. นักศึกษามีโรคประจำตัวหรือไม่

(1) ไม่มี

(2) มี.....โปรดระบุ

7. นักศึกษามีน้ำหนักตัวกี่กิโลกรัม

ระบุ..... กิโลกรัม

8. นักศึกษามีส่วนสูงกี่เซนติเมตร

ระบุ..... เซนติเมตร

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ตอนดังนี้

ตอนที่ 2.1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ ○ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่นักศึกษาเห็นว่าถูกต้องที่สุด เพียงข้อเดียว

1. อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง**มากที่สุด**

ก. อาหารที่มีรสหวานจัด	ข. อาหารที่มีรสเค็ม
ค. อาหารที่ใช้ไขมันทอดซ้ำบ่อย	ง. อาหารหมักดอง
2. การกินผักหลายๆชนิด ที่มีสีสันแตกต่างกัน จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคใด**มากที่สุด**

ก. เบาหวาน	ข. ความดันโลหิตสูง
ค. ไขมันในเลือดสูง	ง. มะเร็ง
3. คนที่ชอบกินขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง จะเสี่ยงเป็นโรคใด**มากที่สุด**

ก. เบาหวาน	ข. ความดันโลหิตสูง
ค. ไขมันในเลือดสูง	ง. ไตวายเฉียบพลัน
4. การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้

ก. ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที
ข. ออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 60 นาที
ค. ออกกำลังกายจนเหนื่อย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที
ง. ออกกำลังกายอย่างหนักแล้วพักผ่อนน้ำให้มาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
5. การออกกำลังกายทุกครั้ง เราควรกระทำตรงกับข้อใด

ก. อบอุ่นร่างกายก่อนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย
ข. ดื่มน้ำให้มากๆ ทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
ค. ทานอาหารให้อิ่มทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
ง. ออกกำลังกายอย่างหนักตลอดช่วงเวลาของการออกกำลังกาย

6. การจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดีตรงกับข้อใด
- ตั้งใจเรียนอย่างมีความสุข
 - คิดหาทางแก้ปัญหากับทุกเรื่องให้ได้
 - คอยระวังคนนินทาว่าร้ายตัวเอง
 - เข้าวัดฟังธรรมแม้จะไม่อยากเข้าก็ตาม
7. หากต้องการคลายเครียด กระทำตามข้อใดได้ผลดีที่สุด
- ดูละครหลังข่าว นอนพักให้มาก
 - ออกกำลังกายจนเหงื่อออก สวดมนต์นั่งสมาธิ
 - กินอาหารให้เพลิน อ่านหนังสือที่ชอบ
 - เรียนให้มาก หยุดพักไปท่องเที่ยวกับเพื่อน
8. โรคในข้อใดไม่ได้มีสาเหตุมาจากการรับสารนิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ และไซยาไนด์ จากวันบุหรี่
- | | |
|-------------------------|--------------------|
| ก. โรคหัวใจและหลอดเลือด | ข. โรคถุงลมโป่งพอง |
| ค. โรคมะเร็งปอด | ง. โรคมะเร็งตับ |
9. ข้อใดมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด
- สูบบุหรี่ไปคุยไป
 - สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียด
 - กินข้าวพร้อมกับพ่อกับที่สูบบุหรี่เกือบทุกมื้อ
 - ลองหัดสูบบุหรี่ตามคำชวนของเพื่อน
10. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลกระทบต่อสุขภาพข้อใดมากที่สุด
- โรคอ้วน โรคกระเพาะ โรคปอด
 - โรคตับแข็ง ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ
 - โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน
 - โรคมะเร็ง โรคเครียด โรคไตวายเฉียบพลัน

ตอนที่ 2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ร้อยละของการปฏิบัติตนว่าบ่อยครั้งแค่ไหน ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา ที่ตรงกับความเป็นจริงของนักศึกษา

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติตนในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา				
	ทุกครั้ง (76-100ครั้ง)	บ่อยครั้ง (51-75ครั้ง)	บางครั้ง (26-50ครั้ง)	นานๆครั้ง (1-25ครั้ง)	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ ไม่เคย
1. เมื่อนักศึกษาต้องการข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส นักศึกษาสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ ได้ทันที					
2. ข้อมูลสุขภาพที่นักศึกษาค้นหา เป็น ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย					
3. นักศึกษามีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงหรือ การสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจาก แหล่งข้อมูลต่างๆ					
4. นักศึกษายืนยันความเข้าใจของตนเอง โดยมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส					
5. นักศึกษาตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จนเชื่อ ได้ว่าแหล่งข้อมูลนั้นมีความน่าเชื่อถือ					

ตอนที่ 2.3 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ร้อยละของการปฏิบัติตนว่าบ่อยครั้งแค่ไหน ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา ที่ตรงกับความเป็นจริงของนักศึกษา

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติตนในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา				
	ทุกครั้ง (76-100ครั้ง)	บ่อยครั้ง (51-75ครั้ง)	บางครั้ง (26-50ครั้ง)	นานๆครั้ง (1-25ครั้ง)	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ ไม่เคย
1. นักศึกษาฟังคำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา					
2. นักศึกษาอ่านเอกสารแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา					
3. นักศึกษาเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจ					
4. นักศึกษาลงมือปฏิบัติตน ตามหลัก 3อ 2ส เพื่อให้คนอื่นเห็นเป็นตัวอย่าง					
5. นักศึกษาโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลการปฏิบัติตน ตามหลัก 3อ 2ส					

ตอนที่ 2.4 การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ร้อยละของการปฏิบัติตนว่าบ่อยครั้งแค่ไหน ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา ที่ตรงกับความเป็นจริงของนักศึกษา

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติตนในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา				
	ทุกครั้ง (76-100ครั้ง)	บ่อยครั้ง (51-75ครั้ง)	บางครั้ง (26-50ครั้ง)	นานๆครั้ง (1-25ครั้ง)	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ ไม่เคย
1. นักศึกษาสังเกตปริมาณ และคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินในแต่ละมื้อ					
2. นักศึกษาออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 30 นาที					
3. เมื่อมีความเครียด นักศึกษามีวิธีจัดการความเครียด ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพ					
4. นักศึกษาทบทวนวิธีการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ2ส เพื่อเสริมสร้างสุขภาพตนเอง					
5. นักศึกษาปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ได้มากขึ้น					

ตอนที่ 2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ร้อยละของการปฏิบัติตนว่าบ่อยครั้งแค่ไหน ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา ที่ตรงกับความเป็นจริงของนักศึกษา

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติตนในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา				
	ทุกครั้ง (76-100ครั้ง)	บ่อยครั้ง (51-75ครั้ง)	บางครั้ง (26-50ครั้ง)	นานๆครั้ง (1-25ครั้ง)	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ ไม่เคย
1. เมื่อนักศึกษาสนใจโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ นักศึกษาจะหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ					
2. เมื่อนักศึกษาสนใจโฆษณาสินค้าบนเว็บไซต์ นักศึกษาจะหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ					
3. นักศึกษาใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่ออื่นก่อนที่จะปฏิบัติตาม					
4. เมื่อนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ นักศึกษามีการวิเคราะห์ประเมินเนื้อหา โดยไม่เชื่อในทันที					
5. เมื่อนักศึกษาแลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิเคราะห์แนวทางปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส กับผู้อื่น นักศึกษามีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม					

ตอนที่ 2.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ○ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับการปฏิบัติตนของนักศึกษา

1. เมื่อนักศึกษาไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวาน หรือมันจนเกินไป นักศึกษาจะตัดสินใจทำอะไร

- ก. กินตามคำเชิญนั้นทันที
- ข. กินตามคำเชิญนั้น แต่กินในปริมาณที่น้อย
- ค. ขอบคุน แต่เลี้ยงที่จะไปกินอาหารประเภทอื่นที่ดีต่อสุขภาพแทน
- ง. ขอบคุนและบอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพ ไม่สามารถกินอาหารดังกล่าวได้

2. หากนักศึกษาและเพื่อนออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอกว่าไม่ยอมออกกำลังกายอีกแล้ว นักศึกษาจะปฏิบัติเช่นไร

- ก. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
- ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็อยหยุดตามเพื่อน
- ค. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ไม่ว่าจะไม่มีเพื่อน ไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
- ง. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมกับเพื่อน

3. หากนักศึกษามีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุมเร้ารอบตัว นักศึกษาจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด

- ก. หากิจกรรมที่ตนเองชอบทำแทน
- ข. ทำใจเป็นกลาง มองโลกในแง่ดี
- ค. ออกกำลังกาย เพื่อให้เหงื่อออก
- ง. สวดมนต์ภาวนา ตามศาสนาที่ตนเองยึดถือ

4. หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของนักศึกษาสูบบุหรี่ และมักสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ นักศึกษาจะทำอย่างไร

- ก. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเองคุณพ่อ คุณแม่เอง และบุคคลในครอบครัว
- ข. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเองคุณพ่อ คุณแม่เอง
- ค. ไม่ว่าจะอะไร ปล่อยให้ตามสบาย
- ง. เลี่ยงออกไปห่างๆ จากควันบุหรี่

5. หากนักศึกษาขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา นักศึกษาจะปฏิบัติตนเช่นไร

- ก. ดื่มตามคำชวนของเพื่อน
- ข. ดื่มพอเล็กน้อยเพื่อไม่ให้เสียมารยาท
- ค. ปฏิเสธและให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง
- ง. นั่งเป็นเพื่อนได้โดยไม่ดื่มตามคำชวน

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างของแต่ละข้อที่ตรงกับการปฏิบัติบ่อยแค่ไหน ของนักศึกษา ในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7 วัน/ สัปดาห์	4-5 วัน/ สัปดาห์	3 วัน/ สัปดาห์	1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. นักศึกษากินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิ					
2. นักศึกษากินอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด					
3. นักศึกษากินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ อย่างน้อยวันละครั้งกิโลกรัม					
4. นักศึกษาควบคุมปริมาณอาหาร โดยได้รับอาหารที่เพียงพอกับร่างกายตนเอง					
5. นักศึกษาทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหว ต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อย					
6. นักศึกษาออกกำลังกาย อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที					
7. นักศึกษามีความเครียด ยากที่จะผ่อนคลายลงได้					
8. นักศึกษาจัดการความเครียด ด้วยการมองโลกในแง่ดี					
9. นักศึกษาสูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่					
10. นักศึกษาดื่มสุรา เหล้า เบียร์ หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวณยมมณ ละครยนิล
วัน เดือน ปีเกิด	15 มีนาคม 2525
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2548 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2562
สถานที่ทำงาน	มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง จังหวัดราชบุรี
ตำแหน่ง	อาจารย์

