

ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อ
พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

นายนิพิฐพนธ์ แสงด้วง



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**The Causal Relationship and the Effect of Health Literacy on Health Behaviors
among Village Health Volunteer in Phrae Province**

Mr.Niphitphon Saengduang



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 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่
ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน จังหวัดแพร่
ชื่อและนามสกุล นายนิพิฐพนธ์ แสงคิ้ว
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อารยา ประเสริฐชัย

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2563

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อารยา ประเสริฐชัย)



.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร. ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์)



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

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อ
 พฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่
ผู้วิจัย นายนิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง **รหัสนักศึกษา** 2605001227 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 2) ทดสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ3) ค้นหาทิศทางและขนาดอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ จำนวน 12106 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่าง 692 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนค่าที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.72 ถึง 0.93 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่า 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก 2) ผลการทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า มีความสอดคล้องกัน และ 3) ผลการทดสอบเส้นทางอิทธิพล พบว่า (1) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.50, 0.13, 0.18$ และ $0.26, p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ) (2) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\beta = 0.24, 0.41$ และ $0.11, p\text{-value} < 0.05$ ตามลำดับ) และ(3) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.13, p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Independent Study title: The Causal Relationship and the Effect of Health Literacy on Health Behaviors among Village Health Volunteer in Phrae Province

Author: Mr.Niphitphon Saengduang; **ID:** 2605001227; **Degree:** Master of Public Health;

Independent Study advisors: Dr. Araya Prasertchai, Associate Professor.; **Academic year:** 2019

Abstract

The Purposes of this study were: 1) to determine the levels of health Literacy and health behaviors; 2) to assess causal relationships and effects of health literacy on health behaviors; and 3) to examine the direction and magnitude of the influence of psychosocial factors that affected health literacy and health behaviors of village health volunteers (VHVs) in Phare province.

The study sample consisted of 692 VHVs selected from all 12,106 VHVs in the province, using multistage random sampling. Data were collected using a questionnaire that Cronbach's alpha coefficient ranged between 0.72 and 0.93, and then analyzed using the structured equation modeling technique.

The results showed that: 1) the VHVs in the province had high levels of health literacy and health behaviors; 2) the proposed causal relationship model fitted with the empirical data; and 3) according to an influential path analysis , (1) factors directly influencing health behaviors were families' social support, receipt of health information, perceived benefits and health literacy ($\beta= 0.50, 0.13, 0.18$ and $0.26, p\text{-value} < 0.05$, respectively); (2) factors directly influencing health literacy were self-care attitudes, families' social support and receipt of health information ($\beta= 0.24, 0.41$ and $0.11, p\text{-value} < 0.05$, respectively); and (3) families' social support played a mediating role as a variable indirectly effecting health literacy through health behaviors ($\beta= 0.13, p\text{-value} < 0.05$)

Keywords: Health literacy; Health Behavior; Village Health Volunteer

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย คณะกรรมการควบคุมการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ให้ความกรุณากับผู้วิจัยเป็นอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่างๆ ที่มีคุณค่า จนกระทั่งงานวิจัยได้เสร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์ กรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ที่ได้ให้คำแนะนำเพื่อทำให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ในการให้คำปรึกษาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดแพร่ ที่กรุณาให้ข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านที่ให้การอบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาโดยตลอด และสุดท้ายขอขอบพระคุณกำลังใจและการสนับสนุนที่ได้จากครอบครัวของผู้วิจัย ซึ่งคุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากปัญญานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา

นิพัฑฒพงษ์ แสงด้วง

มีนาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
พฤติกรรมสุขภาพ	14
แนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุด้านบุคคล และด้านสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	25
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ	27
ความรู้ด้านสุขภาพ	27
ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ	35
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	38
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	41
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57

สารบัญ (ต่อ)

การวิเคราะห์ข้อมูล	64
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	67
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	68
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	72
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมสุขภาพ	79
ตอนที่ 4 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	83
ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานการวิจัย	86
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	90
สรุปการวิจัย	90
อภิปรายผล	92
ข้อเสนอแนะ	101
บรรณานุกรม	104
ภาคผนวก	114
ก แบบสอบถามการวิจัย	116
ข ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	127
ค ผลการวิเคราะห์ห้อยค์ประกอบเชิงยืนยัน	133
ประวัติผู้ศึกษา	141

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพตามการจำแนกของนักวิชาการ ด้านสุขภาพ.....	17
ตารางที่ 2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม.....	23
ตารางที่ 2.3 ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ	24
ตารางที่ 2.4 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	28
ตารางที่ 2.5 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม องค์ประกอบ 6 ด้าน	32
ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้เป็นกลุ่ม ตัวอย่างจำแนกตามและและตำบลที่ได้จากการสุ่มแบบ หลายขั้นตอน	56
ตารางที่ 3.2 ดัชนีบ่งชี้ความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตาม สมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์.....	66
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	68
ตารางที่ 4.2 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายข้อ รายองค์ประกอบ และ โดยรวม	72
ตารางที่ 4.3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	77
ตารางที่ 4.4 สรุประดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายองค์ประกอบ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่	78
ตารางที่ 4.5 ระดับของพฤติกรรมสุขภาพ รายข้อ และ โดยรวม	72
ตารางที่ 4.6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ	82
ตารางที่ 4.7 ค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จาก การวัดตัวแปรภายหลังแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน	83
ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	85
ตารางที่ 4.9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวม ระหว่างตัวแปรสาเหตุ และตัวแปรผล.....	88

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา	6
ภาพที่ 1.2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่	7
ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม และพฤติกรรม ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ แบนคูรา	26
ภาพที่ 4.1 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่	87



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคติดต่อได้ลดความรุนแรงลง เนื่องจากความก้าวหน้าของพัฒนาการทางสังคมและพัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ปัญหาการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลับมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ การติดยาเสพติด การติดสุรา การติดบุหรี่ รวมถึงอุบัติเหตุ ต่างก็เป็นสาเหตุการป่วยการตายที่สำคัญในสังคมปัจจุบันเช่นกัน โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตกว่าร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย และอีกร้อยละ 11 ของการเสียชีวิตมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บ โอกาสการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประเทศไทยนั้นคาดการณ์ว่าจะอยู่ที่ร้อยละ 16 ปัจจัยเสี่ยงหลัก เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การขาดกิจกรรมทางกาย และมลพิษทางสิ่งแวดล้อม นั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับภาระโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ โรคไม่ติดต่อกำลังส่งผลเสียร้ายแรงต่อเศรษฐกิจ และสถานการณ์ก็มีแนวโน้มว่าจะเลวร้ายลงไปอีกหากไม่ได้รับการแก้ไข เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ที่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ (องค์การอนามัยโลก, 2561) ผลการศึกษาเปรียบเทียบจำนวนสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพใน พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552 พบว่า แนวโน้มของประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicating Disease-NCDs) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตาย ในปี 2552 ในเพศชาย 10 ลำดับแรก คือ บุหรี่/ยาสูบ ความดันโลหิตสูง คลอเลสเตอรอลในเลือด น้ำหนักเกินและโรคอ้วน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ ส่วนเพศหญิง ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายในปี 2552 10 ลำดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินและโรคอ้วน

คลอเลสเตอรอลในเลือดสูง เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ บุหรี่/ยาสูบ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และการขาดน้ำสะอาด (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หากบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้พ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยการประพฤติปฏิบัติเพื่อส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพของตนเอง จะส่งผลให้ลดการตายอันเนื่องมาจากแบบแผนการดำรงชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น สามารถช่วยเพิ่มความยืนยาวของชีวิต ช่วยเพิ่มสถานะที่ชีวิตปลอดโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงลดค่าใช้จ่ายที่มาจากการรักษาโรคในแต่ละปี (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2556) ซึ่งการเจ็บป่วยมักจะเกิดจากพฤติกรรมหลายอย่างมากกว่าจะเกิดจากพฤติกรรมเดียว เช่น วิถีชีวิตที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หรือการไม่ได้ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ การดื่มเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูง การสูบบุหรี่ เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในเวลาต่อมา (นพพร โหวธีระกุล, 2560) จากสาเหตุดังกล่าว พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของบุคคล เนื่องจากเป็นการกระทำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเพื่อสุขภาพที่ดีทั้ง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม ที่จะนำไปสู่ความสุขและศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ชุมชน และสังคม (กนกพร วิสุทธิกุล, 2540) พฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถวัดและสังเกตได้ในหลายด้าน ทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ยาเสพติด เป็นต้น และจากรายงานสภาวะสุขภาพของคนไทยยังพบว่า ปัจจุบันประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การเผชิญสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพที่แปรเปลี่ยน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ พฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาเรื่องเพศ การเกิดอุบัติเหตุจราจร รวมถึงค่านิยม ทศนคติในการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่ออบายมุข ได้แก่ สุรา บุหรี่ (อกินันท์ อร่ามรัตน์ และคณะ, 2557)

การวิจัยที่ศึกษาและทำความเข้าใจถึงปัจจัยเงื่อนไขหรือสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การปรับและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งปัจจัยด้านประชากร ด้านบุคคลหรือคุณลักษณะทางจิต รวมถึงด้านสภาพแวดล้อม เช่นการศึกษาของ ธิติมาส หอมเทศ (2555) เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561) และ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่ได้นำเสนอปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพจากการประมวลเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่าประกอบด้วย กลุ่มตัวแปรที่เป็น

ลักษณะของบุคคลหรือกลุ่มตัวแปรทางจิต ได้แก่ ตัวแปรลักษณะทางชีวสังคมหรือข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ เป็นต้น ตัวแปรทางจิต เช่น ความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรม ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นต้น กลุ่มตัวแปรสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคม เช่น ด้านวิถีชีวิต ด้านแหล่งข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร ลักษณะทางวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ ระบบการบริการสุขภาพ โครงสร้างชุมชน มาตรการทางสังคม เป็นต้น ส่วนการศึกษาของ นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล และวิชชุดา เจริญกิจการ (2557) ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ (2554) วรรณวิมล เมฆวิมล (2553) พบว่า การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ขณะที่การศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง (2559) อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และยังเป็นตัวแปรคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านบุคคลและตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จะเห็นได้ว่าหากจะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น แนวทางที่สำคัญประการหนึ่งคือ การเสริมสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีคุณลักษณะตามตัวแปรที่เป็นปัจจัยสาเหตุแห่งพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน คือ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป็นนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลรักษาที่เน้นในกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน จึงนำไปสู่แผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ทั้งนี้หากประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมส่งผลต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ประเทศไทยได้ดำเนินการตามแนวคิดการส่งเสริมพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีกลไกที่สำคัญประการหนึ่งคือ

การขับเคลื่อนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำทางด้านสุขภาพ ที่ปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ มีบทบาทในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและ ป้องกันปัญหาสาธารณสุข ที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น เป็นแกนนำในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของ ชุมชนและประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ ให้ความรู้ ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และการมีส่วนร่วม ในการเสนอความคิดเห็นต่อชุมชนเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพ เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้เป็นกลไกขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน คือ การส่งเสริมให้เกิด ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่สูงหรือเพียงพอในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มอาสาสมัครทางสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ที่กระจายอยู่ในทุก หมู่บ้าน/ชุมชน การเป็นแกนนำทางด้านสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน รวมทั้งเป็นแกนประสาน ช่วยเหลือการดำเนินงานด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของคนในหมู่บ้าน/ชุมชนของตนเอง หากกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่สูงหรือเพียงพอแล้ว ก็จะสามารถดูแลตนเองและสามารถถ่ายทอดและเสริมศักยภาพประชาชนในความรับผิดชอบให้มีความ รอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นได้ ดังนั้น การเสริมสร้างและพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นกลไกหนึ่งในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน หากกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอใน ขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณแล้ว จะทำให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้สามารถถ่ายทอดและช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนใน เขตรับผิดชอบ ให้อยู่ในระดับสูงหรือเพียงพอ เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพและสามารถสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงบวกของประชาชน ได้อย่าง ยั่งยืน

ดังนั้นการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ ทราบว่าปัจจัยหรือตัวแปรใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งทราบว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลว่าเป็นอย่างไร อิทธิพลทางตรงและทางอ้อม ของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร อันจะนำไปสู่ การออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้ตรงและสอดคล้องกับผล

การศึกษา ได้รับสารสนเทศที่สำคัญ ให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเพื่อกระตุ้น พัฒนา ส่งเสริม ให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติหน้าที่และเป็นแกนนำด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นสารสนเทศเพื่อนำสู่กระบวนการวางแผนดำเนินการพัฒนาในระยะยาวได้ต่อไป

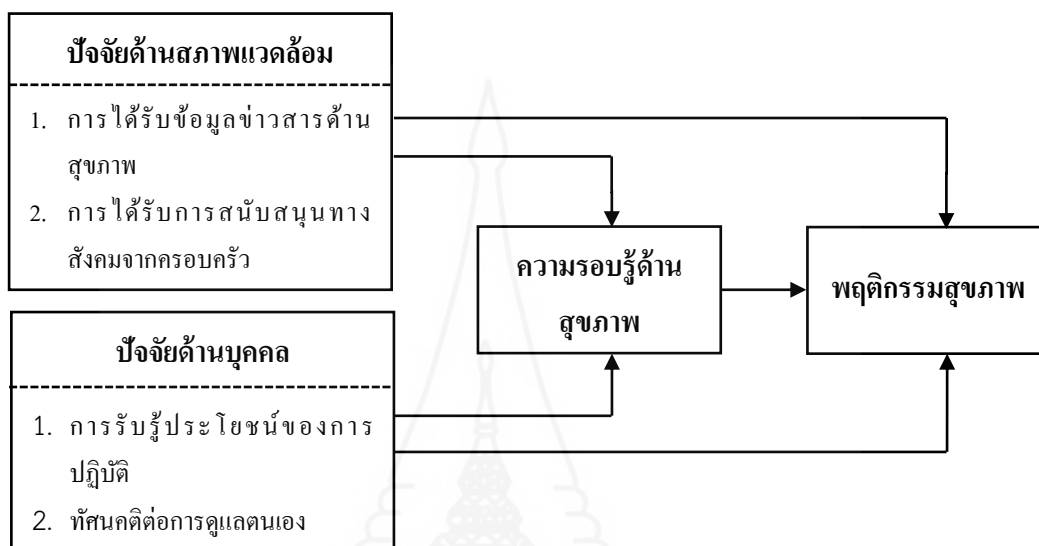
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่
- 2.2 เพื่อทดสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่
- 2.3 เพื่อค้นหาทิศทางและขนาดอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคม ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ แนวคิดทฤษฎีหลักที่ผู้วิจัยใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรม คือทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ได้อธิบายถึงการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ว่าเป็นการเรียนรู้ที่เน้นที่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายในโดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก โดยแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยแบนดูราเน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่ได้มาจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุแห่งพฤติกรรม ร่วมกับการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตัวแปรดังกล่าว ประกอบด้วย ตัวแปรสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 2) การได้รับ

ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 3) ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง และ 4) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษา ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

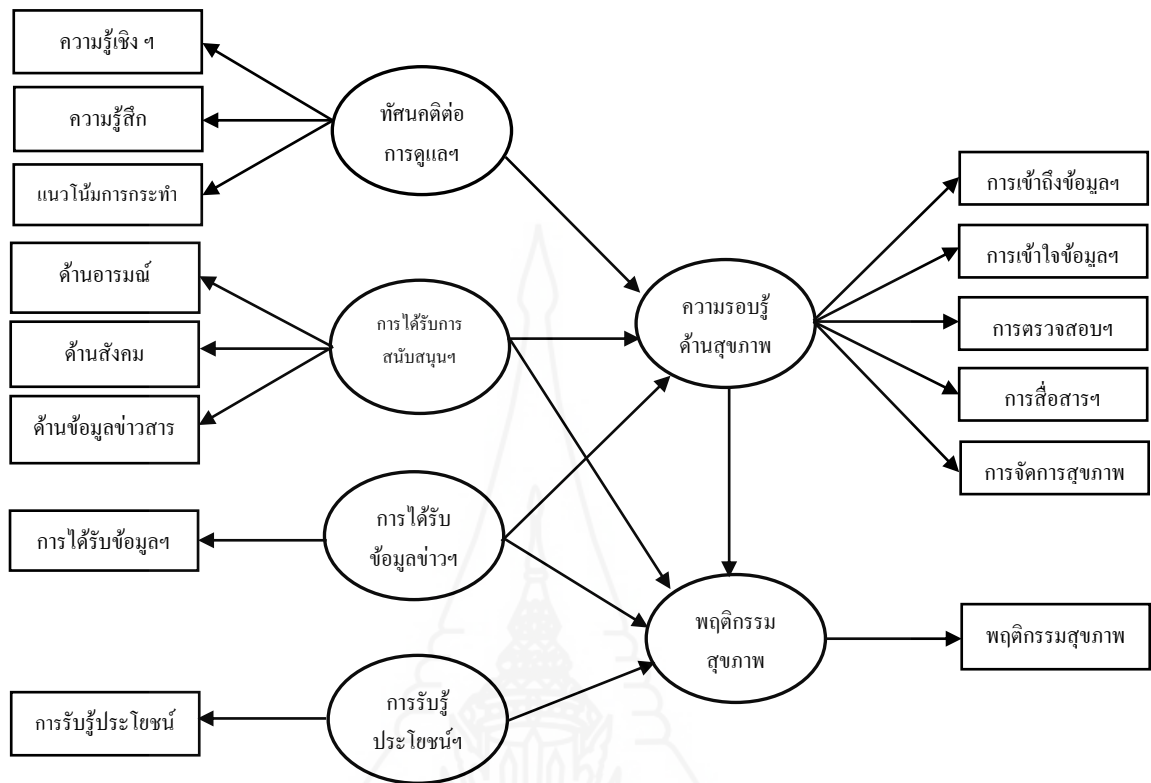
4. สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานหลัก: รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ที่พัฒนาขึ้น มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ภาพที่ 1.2) โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

4.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

4.2 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพ

4.3 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ



ภาพที่ 1.2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 รูปแบบและวิธีการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ (causal-comparative research)

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดแพร่ จำนวน 12,106 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดแพร่ ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิเคราะห์สมการโครงสร้างตามแนวคิดของ มาร์ช และคนอื่นๆ (Marsh et al., 1998) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างให้สอดคล้องกับ Proper solution และ Non-convergence ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจะมีค่า Proper solution มาก และ Non-convergence มีค่าต่ำหรือเป็นศูนย์ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 600-700 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling)

5.3 ตัวแปรที่ศึกษา: ประกอบด้วย

5.3.1 ตัวแปรแฝงภายนอก ประกอบด้วย กลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ตัวแปรการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ และกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

5.3.2 ตัวแปรแฝงภายใน ประกอบด้วย ตัวแปรคั่นกลาง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวแปรผล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คณะกรรมการกลางกำหนด ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในเขต กรุงเทพมหานคร และ 3) อาสาสมัครสาธารณสุขอื่นตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด โดยใช้ชื่อย่อว่า “อสม.” มีชื่อเรียกภาษาอังกฤษว่า Village Health Volunteer และใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษว่า “VHV”

7. นิยามปฏิบัติการ

7.1 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือสิ่งที่แสดงออก ภายนอกหรือภายในตัวบุคคล ทั้งในขณะที่มีสุขภาพปกติ หรือขณะเจ็บป่วย ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ผลของการกระทำจะก่อให้เกิดทั้งผลดีหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของบุคคล การกระทำหรือพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย 1) การบริโภคอาหาร คือ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอ และสมดุล เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ 2) การจัดการด้านอารมณ์ คือ พฤติกรรมการจัดการทางอารมณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การจัดการความเครียด การจัดการกับภาวะอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล อาทิ ความรู้สึกคิดมากหรือกังวลใจ จนทำให้นอนไม่หลับ กินอาหารมากกว่าหรือน้อยกว่าปกติ เนื่องจากเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ 3) การออกกำลังกาย คือ การที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงทนทาน จิตใจสบาย อารมณ์มั่นคง ซึ่งควรทำอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที 4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพคือ การที่บุคคลตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเพื่อเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในโครงการหรือกิจกรรมอย่างใดอย่าง

หนึ่งของหน่วยงานด้านสุขภาพ ในการร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมการให้ข้อมูล เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆด้านสุขภาพ ร่วมประเมินผลความสำเร็จที่เกิดขึ้น และร่วมรับประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมด้านสุขภาพดังกล่าว ได้แก่ การเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เสนอข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่างๆ ในเวทีการประชุมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ การเข้าร่วมเป็นทีมงาน/แกนนำ ในการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมในกิจกรรมหรือบริการต่างๆขององค์กรด้านสุขภาพ

การวัดพฤติกรรมสุขภาพ วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) โดยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามเพิ่มให้เหมาะสมกับบริบทของการศึกษา ทำการวัดใน 2 องค์กรประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพ 30 ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติ 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากไม่ได้ปฏิบัติ ถึง ปฏิบัติ 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากไม่ได้ปฏิบัติ ถึง ปฏิบัติ 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนองค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมด้านสุขภาพ วัดจากแบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) สำหรับการแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

7.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะด้านต่างๆของบุคคล เกี่ยวกับความรู้ แรงจูงใจ ในการเข้าถึง เข้าใจ และการประยุกต์ใช้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และการรักษาพยาบาล เพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยวัดจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหาข้อมูลที่ต้องการ ตลอดจนความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ หมายถึง การมีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ ความสามารถในการอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ ตลอดจนการมีความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง ทักษะในการคิด วิเคราะห์เปรียบเทียบและประเมินค่า ก่อนการตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการ

สื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพ และสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้รวมถึงการมีบททบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการ ปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือวัด แบบวัดดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 29 ข้อคำถาม โดยทำการวัดใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจากผู้ที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

7.3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนของบุคคลจากสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยบุคคลจะรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวให้ความห่วงใย รับฟังความรู้สึก เข้าใจ และคอยเป็นกำลังใจ ในการร่วมกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร บุคคลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ รวมถึงกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ โดยบุคคลจะรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ได้ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ สิ่งของ สนับสนุนด้านการเงิน และเสียสละเวลา ในการกระทำที่สนับสนุนให้บุคคลได้ปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

การวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การได้รับการสนับสนุนด้านสังคม และ 3) การได้รับสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนน

แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

7.4 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึง ปริมาณความถี่ที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการกระทำที่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการบริโภคอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย และกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ ขององค์กรด้านสุขภาพ ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ป้ายประกาศ โปสเตอร์ แผ่นพับ แผ่นปลิว ภาพพลิก โปสเตอร์) สื่อบุคคล สื่อโสตทัศน์ สื่ออื่นๆ เช่น สื่อออนไลน์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผ่านอุปกรณ์สื่อสารต่างๆ เช่น โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นต้น เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้รับสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคมได้อย่างเหมาะสม

การวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับการได้รับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ เพื่อวัดความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ ความถี่ของการได้รับตั้งแต่ไม่ได้รับ (1 คะแนน) ถึง ได้รับ 6-7 วันต่อสัปดาห์ (5 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

7.5 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลในการปฏิบัติตนในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันภาวะคุกคามของโรค ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวบุคคลรับรู้และเปรียบเทียบแล้วว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากกว่าก่อให้เกิดผลเสีย

การวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

7.6 ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเชิงประเมินค่าของบุคคลว่า สิ่งไหนที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือโทษต่อสุขภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น ก่อให้เกิดแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ตามความรู้ที่เกิดขึ้นจากการประเมินและความรู้สึกหรือไม่ชอบของบุคคล เช่น หากบุคคลประเมินแล้วว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรงป้องกันโรคเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ และเกิดความรู้สึกชอบหรือพึงพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อรักษาสุขภาพตนเอง ย่อมส่งผลให้เกิดแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

การวัดทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับทักษะคิด ร่วมกับประยุกต์ใช้แบบวัดของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2556) โดยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามเพิ่มให้เหมาะสมกับบริบทของการศึกษา โดยทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า 2) ความรู้สึก และ 3) แนวโน้มการกระทำ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ข้อค้นพบจากการวิจัยจะแสดงให้เห็นถึงระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายประเด็น ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างพัฒนาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และตรงประเด็น รวมทั้ง ทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของปัจจัยทางจิต และปัจจัยทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ส่งผลให้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามตัวแปรหรือปัจจัยสาเหตุที่เกิดขึ้นในตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้หากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอในขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณแล้ว จะทำให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้สามารถถ่ายทอดและช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ให้อยู่ในระดับสูงหรือเพียงพอ เพื่อการมีพฤติกรรม

สุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและสามารถสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงบวกของประชาชนจังหวัดแพร่ ได้อย่างยั่งยืน

8.2 ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ยังเป็นสารสนเทศที่สำคัญ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเพื่อกระตุ้น พัฒนา ส่งเสริม ให้ประชาชนในพื้นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งยังเป็นสารสนเทศเพื่อนำสู่กระบวนการวางแผนดำเนินการพัฒนาในระยะยาวได้ ต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ ได้ประมวลแนวคิด ทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา โดยแบ่งเนื้อหาของบทประมวลวรรณกรรม ตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุด้านบุคคล และด้านสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
3. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 - 3.2 ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ
 - 3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.4 การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ
 - 3.5 การสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพเป็นภาวะหนึ่งของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อม ถ้าบุคคลมี “สุขภาพดี มีชัยในชีวิตไปกว่าครึ่ง” หมายความว่า บุคคลใดที่มีสุขภาพร่างกายจิตใจดี สมบูรณ์ไม่มีโรครุมเย็บเยียน บุคคลนั้นสามารถพัฒนาชีวิตตนเองให้ก้าวไปข้างหน้าได้อย่างรวดเร็ว และมั่นคงกว่าบุคคลที่มีโรครุมเย็บเยียน เมื่อบุคคลคนหนึ่งมีสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลต่อความเจริญของประเทศและของโลก ปัจจุบันปัญหาการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคติดต่อได้ลดความรุนแรงลง เนื่องจากความก้าวหน้าของพัฒนาการทางสังคมและพัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ปัญหาการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลับมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โรคดังกล่าว เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนั้น การติดยาเสพติด การติดสุรา การติดบุหรี่ รวมถึงอุบัติเหตุ ต่างก็เป็นสาเหตุการป่วยการตายที่สำคัญในสังคมปัจจุบันเช่นกัน ผลการศึกษาเปรียบเทียบจำนวนสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพใน พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2552 พบว่า แนวโน้ม

ของประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายในปี 2552 ในเพศชาย 10 ลำดับแรก คือ บุหรี่/ยาสูบ ความดันโลหิตสูง คลอเลสเตอรอลในเลือด น้ำหนักเกินและโรคอ้วน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ ส่วนเพศหญิง ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายในปี 2552 ลำดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง น้ำหนักเกินและโรคอ้วน คลอเลสเตอรอลในเลือดสูง เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ บุหรี่/ยาสูบ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และการขาดน้ำสะอาด (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวนั้นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งนั้นมาจากพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะด้านพันธุกรรม แม้เราจะเปลี่ยนแปลงไม่ได้แต่สามารถดำเนินชีวิตให้เหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีได้ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี รู้จักส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ การกระทำหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทั้งด้านกาย ใจ อารมณ์ สังคมให้มีความสมดุล ใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยทั้งในการกิน นอน พักผ่อน ขับถ่าย ป้องกันการเกิดโรคอย่างเป็นระบบที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลตั้งแต่เด็กจนโต (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ทั้งนี้ การกระทำใดๆ ที่เป็นการปฏิบัติและแสดงออก ซึ่งก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง นั้นเรียกว่า **“พฤติกรรมสุขภาพ”** โดยจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552: 11)

“พฤติกรรมสุขภาพ” นั้นเป็นกิจกรรมส่วนบุคคล กลุ่ม และองค์กรตามขอบเขตที่แต่ละคนกำหนด ที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่เกิด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การพัฒนา นโยบายและการนำไปปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงให้ครอบคลุมกับทักษะ และมาตรฐานคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ พาร์เคอร์สัน และคณะ (Parkerson et al., 1993). จอชแมน (Gochman, 1982, 1997) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความหมายที่เหมือนกับการทำงาน เพราะเป็นเรื่องสำคัญของแต่ละบุคคล ไม่ใช่การสังเกตเห็นและการกระทำที่ชัดเจน แต่สภาวะจิตใจและสภาพของความรู้สึก ที่สามารถรายงานและวัดได้ ได้แก่ ความเชื่อ การคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และการรู้คิดอื่นๆ มีองค์ประกอบ ได้แก่ บุคลิกภาพ อารมณ์ความรู้สึกโดยรวม และสภาพของอารมณ์ ส่วนคุณสมบัติประกอบด้วย รูปแบบพฤติกรรมที่ชัดเจน การกระทำและกิจวัตรประจำวันเกี่ยวข้องกับการรักษา

สุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ นักวิชาการหลายคน ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ อาทิ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556: 11) ได้กำหนดความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มีการแสดงออกและมีท่าทีที่จะกระทำ ที่จะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตน และครอบครัว หรือชุมชน ที่อาจจะส่งผลต่อการเป็นปัญหาสุขภาพ/โรคต่างๆ หรือไม่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ/โรคต่างๆ นอกจากนี้ นักวิชาการหลายคน ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่ให้มุมมองของพฤติกรรมสุขภาพไว้ในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้

พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2546) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือผลเสียต่อสุขภาพ แล้วแต่กรณี นอกจากนี้พฤติกรรมยังรวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้และทัศนคติที่มีต่อสุขภาพอีกด้วย

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพตนเอง โดยพฤติกรรมสุขภาพจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้น ไม่กระทำหรือการไปปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ชติมาศ หอมเทศ (2555) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออก หรือการกระทำของบุคคลซึ่งก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของตนเอง บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน โดยพฤติกรรมสุขภาพเป็นความสามารถในการแสดงออกทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เพื่อจะประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน บำรุงรักษาสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพ

สุรีย์ กาญจนวงศ์ (2556) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนประพฤติปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพของเขา

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2559) ให้ความหมายว่า เป็นสิ่งที่บุคคลแสดงออกทั้งภายนอกและภายในที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคและส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน บางคนมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่บางคนมีพฤติกรรมที่บั่นทอนสุขภาพ

เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561) ให้ความหมายว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลและการแสดงออกที่เป็นการกระทำ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมรักษา จัดการกับสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับสุขภาพของตนเอง

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561) ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำหรือการละเว้นการกระทำใดๆ ทั้งที่มีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งได้อธิบายผลมาจากทั้งปัจจัยในบุคคล ได้แก่ พุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย และปัจจัยนอกตัวบุคคล เช่น นโยบาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

จากการประมวลเอกสาร แนวคิด และความหมายของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งในปัจจุบันและอนาคต เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือสิ่งที่แสดงออก ภายนอกหรือภายในตัวบุคคล ทั้งในขณะที่มีสุขภาพที่ปกติแข็งแรง หรือขณะเจ็บป่วย ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ผลของการกระทำนั้นจะก่อให้เกิดทั้งผลดีหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ (Types of Health Behavior)

ด้วยความที่มนุษย์มีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมหรือปัจจัยทางสถานการณ์ ที่มีการแสดงออกเป็นลักษณะอาการ บทบาท ทำที่ ที่มีต่อสุขภาพทั้งที่ดีและไม่ดี ถือเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งสิ้น จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่านักวิชาการด้านสุขภาพ ได้จำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายประเภท ซึ่งสามารถสรุปได้รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพตามการจำแนกของนักวิชาการด้านสุขภาพ

ประเภท	ชนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2543)	จิตติมาส หอมเทศ (2555)	จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2559)	จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561)
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior)	การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่น	พฤติกรรมที่จะรักษาให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากจากอันตรายต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมของประชาชน ที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่สุขภาพแข็งแรง	การแสดงออกเพื่อให้ตนมีสุขภาพเข้มแข็ง สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ การปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพประจำปี การผ่อนคลายอารมณ์	การแสดงออกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เป็น การกระทำ เพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ประเภท	ชนวรรธน อิมสมบุรณ์ (2543)	ชิติมาส หอมเทศ (2555)	จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2559)	จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561)
พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Behavior)	การแสดงออกของบุคคล ที่มีผลต่อการป้องกัน โรคหรือการป้องกันการ เจ็บป่วยของตนเองและ บุคคลอื่น	พฤติกรรมที่กระทำ โดยมุ่งที่จะป้องกัน ไม่ให้เกิดความ เจ็บป่วยและโรคต่างๆ แบ่งระดับการป้องกัน โรคเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ	การแสดงออกเพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดโรค ขึ้น เช่น การหลีกเลี่ยง ความเครียด การไม่ ทำงานหักโหม จนเกินไป การสวม หมวกนิรภัย การไม่ รับประทานอาหารดิบ การไม่สำส่อนทางเพศ	การแสดงออกของ บุคคล ครอบครัวและ ชุมชน ทั้งที่เป็น การ กระทำในสิ่งที่ส่งผลดี ต่อสุขภาพหรือไม่ กระทำในสิ่งที่ส่งผล เสียต่อสุขภาพ เช่น การ สวมหมวกนิรภัยขณะ ขับขี่รถจักรยานยนต์ การลด ละ เลิกบุหรี่
พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior)/ พฤติกรรมการรักษาโรค	การแสดงออกของ บุคคลและการ รักษาพยาบาลเมื่อเกิด การเจ็บป่วยและการ รักษาพยาบาลในระยะ ต่อมา	เป็น พฤติกรรม ที่ บุคคลรับรู้ว่าเป็น สถานะทางสุขภาพ และมีการค้นหา วิธีการรักษาที่ เหมาะสม ซึ่งขึ้นอยู่กับ ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุของโรค อาการ การรักษา ความเชื่อ สังคมขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม สถานบริการ สาธารณสุขที่มีอยู่ใน ชุมชน		การแสดงออกของ บุคคล ครอบครัว และ ชุมชน เมื่อมีอาการ เจ็บป่วยหรือเป็นโรค รวมถึง การฟื้นฟู สุขภาพให้สามารถ ปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม เช่น การรับประทาน ยา รวมถึงพฤติกรรม การเจ็บป่วยและการ รักษาพยาบาลที่เป็น ทางเลือกอื่น ๆ ตาม ความเชื่อ และ วัฒนธรรมท้องถิ่น
พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick-role Behavior)	เป็น พฤติกรรม ที่ บุคคลกระทำเมื่อ เจ็บป่วย โดยการ ยอมรับการรักษาและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสุขภาพที่ดี เช่น การปฏิบัติตาม คำแนะนำแพทย์ การ ไปตรวจตามนัด เป็นต้น	การแสดงออกเมื่อ ร่างกายมีอาการปกติ หรือเจ็บป่วย เช่น การศึกษาหาข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การแสวงหาการ รักษาพยาบาล การ เพิกเฉยหรือปฏิเสธ อาการเจ็บป่วย ความ วิตกกังวลและกลัวต่อ อาการเจ็บป่วย		

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ประเภท	ธนวรรณ อ้อม สมบูรณ์ (2543)	ชิติมาส หอมเทศ (2555)	จิราภรณ์ ตั้งกิตติภา ภรณ์ (2559)	จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561)
พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior)	การแสดงออกที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวหญิงบริการ การเลือกบริโภคอาหารตามอารมณ์ การเก็บกอดความรู้สึก			
พฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Participative Health Behavior)	การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหสาธารณสุขในชุมชน			การแสดงออกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เป็นการกระทำที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของส่วนรวม เช่น การณรงค์ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย ในชุมชน รวมถึงพฤติกรรมมีส่วนร่วมคัดค้านหรือต่อต้านโครงการต่างๆ ของภาครัฐ ที่เชื่อว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน
พฤติกรรมคุ้มครองสุขภาพ				กิจกรรมในระดับนโยบาย กฎหมาย และกฎระเบียบ ข้อบังคับทั้งในระดับกลุ่ม และสังคมเพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพของประชาชน

จากตารางที่ 2.1 จะเห็นได้ว่านักวิชาการด้านสุขภาพของไทยได้จำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายประเภทจำนวนประเภทที่แบ่งเกิดจากมุมมองประเด็นด้านพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Behavior) พฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior)/ พฤติกรรมรักษาโรค พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick-role Behavior) พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Participative Health Behavior) และ พฤติกรรมคุ้มครองสุขภาพ และเมื่อพิจารณาประเภทของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวสามารถแบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นลักษณะใหญ่ๆ ได้ 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือ พฤติกรรมเชิงบวก (Positive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติและส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การแปรงฟัน เป็นต้น และ 2) พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือ พฤติกรรมเชิงลบ หรือ พฤติกรรมเสี่ยง (Negative Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้ว จะส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารพวกแป้ง ไขมันมากเกินไป ความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น (เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ, 2561)

พฤติกรรมสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้จากการที่ได้เรียนรู้ การรับรู้ เจตคติ ค่านิยม การเลียนแบบ และการถูกบังคับ และสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่สามารถปฏิบัติทั้งด้านบวกและด้านลบยังเป็นพฤติกรรมด้านลบยิ่งต้องแก้ไข ส่งเสริม รักษาให้ดีขึ้น เพราะการมีสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ต้องอาศัยตัวเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการขับเคลื่อนให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ การมีสุขภาพดีตนเองเท่านั้นเป็นผู้เริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีความตระหนักรู้ภายในของตนเองก่อน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผลลัพธ์จากพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะเป็นผลลัพธ์ที่การมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีนั้น มาจากการกระทำ การเลือกกระทำของแต่ละบุคคล ส่งผลต่อการมีสุขภาพแข็งแรง หรือเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพและโรคต่างๆ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเพื่อสุขภาพที่ดีทั้ง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคมที่จะนำไปสู่ความสุขและศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ชุมชน และสังคม (กนกพร วิสุทธิกุล, 2540) พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองสามารถวัดและสังเกตได้ในหลายด้าน ทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหาร ด้านอารมณ์ ด้านการ

ออกกำลังกาย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ยาเสพติด เป็นต้น จากรายงานสภาวะสุขภาพของคนไทย พบว่า ปัจจุบันประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การเผชิญสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพที่แปรเปลี่ยน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอ พฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาเรื่องเพศ การเกิดอุบัติเหตุจราจร รวมถึงค่านิยม ทักษะคิดในการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่ออบายมุข ได้แก่ สุรา บุหรี่ (อภิรัตน์ อร่ามรัตน์ และคณะ, 2557) พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน และสภาวะของโรคที่เป็นโรคติดต่อได้แก่ โรคไขหวัดธรรมดา และไขหวัดใหญ่ โรคอุจจาระร่วง วัณโรค เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ความสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ถือเป็นนโยบายสำคัญที่จะเสริมสร้างให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นที่พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพใน 5 องค์ประกอบ คือ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย บุหรี่และสุรา ทั้งนี้ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556: 17-35) ได้กล่าวถึงการเชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในลักษณะที่พึงประสงค์ ด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพราะคุณค่าของสารอาหารจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุลจะส่งผลต่อการเสื่อมของร่างกาย เช่น การบริโภคผักและผลไม้ น้อย บริโภค หวาน มัน เค็ม มากไป บริโภคอาหารไม่สะอาด รสจัด ส่งผลให้มีกากใยอาหารน้อย และการเกิดโรคต่อไปนี้ได้แก่ โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองน้อย โรคอ้วน และสามารถเกิดโรคติดต่อได้แก่ โรคไขหวัด ไขหวัดใหญ่ โรคอุจจาระร่วง วัณโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านอารมณ์ เป็นลักษณะของร่างกายและจิตใจมีความเครียด หรืออ่อนคลาย เมื่อยล้า ระหว่างการทำงานหรือทำกิจกรรม การได้พักผ่อน เช่น การทำงานอดิเรก การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ ดูหนัง เป็นการพักผ่อนที่เป็นการปรับพฤติกรรมด้านอารมณ์ได้ดี เพราะถ้าบุคคลเกิดความเครียด จะส่งผลต่อด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ถ้า “ด้านร่างกาย” จะเกิดอัตรา การเต้นของหัวใจ และระบบการหายใจผิดปกติ ปวดศีรษะในระยะยาวส่งผลต่อความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และกระเพาะอาหาร ทาง “ด้านจิตใจ” จะเกิดความเบื่อหน่าย ความคิดเชิงลบ หลงลืม

และไม่ใส่ใจสิ่งรอบข้าง และทาง “ด้านพฤติกรรม” จะรับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด และจะส่งผลต่อการไปหาสิ่งมาระบายความเครียดนั้นเช่น ต้มเหล้า สูบบุหรี่

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย ถึงแม้คนเราจะรับประทานที่มีประโยชน์ แต่ถ้าร่างกายไม่ได้ออกกำลังกายเพื่อให้อวัยวะได้มีการเคลื่อนไหว รวมถึงหัวใจและปอดได้ทำงานอย่างเหมาะสมแล้ว จะทำให้การทำงานหรือสมรรถนะทางกายลดลง ดังนั้นการออกกำลังกายต้องพอดีกับสภาพร่างกายไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป เพราะจะส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง อ้วน มะเร็ง การออกกำลังกายทำให้หลอดเลือดไม่เปราะ มีความยืดหยุ่นดี ทำให้คอเลสเตอรอลลดลง ซึ่งควรทำอย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที จะทำให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยลดความเครียด

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ซึ่งการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เกิดโทษต่อร่างกายหลายประการ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง สมองฝ่อ ตับแข็ง มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก หลอดอาหาร ตับอ่อนและคอ

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นการกระทำหรือสิ่งที่แสดงออก ภายนอกหรือภายในตัวบุคคล ทั้งในขณะที่มีสุขภาพที่ปกติ หรือขณะเจ็บป่วย ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ผลของการกระทำนั้นจะก่อให้เกิดทั้งผลดีหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนของจังหวัดแพร่ โดยมุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดนิยามปฏิบัติการ ของการศึกษานี้ไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส หมายถึง การกระทำหรือสิ่งที่แสดงออก ภายนอกหรือภายในตัวบุคคล ทั้งในขณะที่มีสุขภาพที่ปกติ หรือขณะเจ็บป่วย ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ผลของการกระทำนั้นจะก่อให้เกิดทั้งผลดีหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งการกระทำหรือพฤติกรรมดังกล่าวประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอ และสมดุล เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ 2) พฤติกรรมด้านอารมณ์ คือ พฤติกรรมการจัดการทางอารมณ์ที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การจัดการความเครียด การจัดการกับภาวะอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล อาทิ ความรู้สึกคิดมากหรือกังวลใจ จนทำให้นอนไม่หลับ กินอาหารมากกว่าหรือน้อยกว่าปกติ เนื่องจากเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย คือ การออกกำลังกายที่พอดีกับสภาพร่างกายไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป เพราะจะส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง อ้วน มะเร็ง การออกกำลังกายทำให้หลอดเลือดไม่เปราะ มีความยืดหยุ่นดี ทำให้คอเลสเตอรอลลดลง ซึ่งควรทำอย่างน้อย 3-5 วันต่ออาทิตย์ วันละ 30 นาที จะทำให้สุขภาพดีขึ้น ช่วยลดความเครียด 4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม

ที่มีแอลกอฮอล์ คือปริมาณหรือความถี่ของการสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายหลายประการ

แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เบญจา ยอดดำเนิน-เฝ้าติงส์ และคนอื่นๆ (2542) ได้สรุปข้อค้นพบจากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับตัวกำหนดทางพฤติกรรม ที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ สรุปได้ว่ามีตัวกำหนด (Common determinants) ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ พบว่าแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ตัวกำหนดระดับบุคคล 2) ระดับครอบครัว และ 3) ระดับสังคม โดยมีรายละเอียดตามตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม

ตัวกำหนดพฤติกรรม	ปัจจัยด้านประชากร	ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา	ปัจจัยด้านวัฒนธรรม	ปัจจัยด้านสถาบัน
ระดับบุคคล	เพศ อายุ และการย้ายถิ่น	เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ ความรู้ เจตคติ จิตสำนึก ระดับสติปัญญา และ ความเชื่ออำนาจในคน/นอกคน	วิถีชีวิต ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม ความปลอดภัย	-
ระดับครอบครัว	ขนาดครอบครัว ลักษณะครอบครัว (เดี่ยว/ขยาย) และการย้ายถิ่นของครอบครัว	ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของสมาชิกในครอบครัว แบบแผนการเลี้ยงบุตร และ อิทธิพลของเทคโนโลยี และการสื่อสาร สมัยใหม่ต่อครอบครัว	วิถีชีวิตของครอบครัว ค่านิยมของครอบครัว ความเชื่อของครอบครัว วัฒนธรรม เชื้อย (Cultural lag) และวัฒนธรรมความปลอดภัย	-

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ตัวกำหนดพฤติกรรม	ปัจจัยด้านประชากร	ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา	ปัจจัยด้านวัฒนธรรม	ปัจจัยด้านสถาบัน
ระดับสังคม	โครงสร้างทางอายุ และ เพศ ของ ประชากรในสังคม และแบบแผนการ ย้ายถิ่น	การเปลี่ยนแปลงทาง เศรษฐกิจและสังคม ความเป็นเมือง ความ เป็นอุตสาหกรรม ความเป็นโลกาภิวัตน์ การมีส่วนร่วมของ ประชาชนในสังคม และทรัพยากรของ ชุมชน/สังคม	วิถีชีวิต ค่านิยม บรรทัดฐานทาง สังคม และวัฒนธรรม ความปลอดภัย	ระบบการเมือง ระบบการศึกษา ระบบบริการ สุขภาพ ระบบ โครงสร้างพื้นฐาน และระบบการ สื่อ สาร และ เทคโนโลยี สมัยใหม่

นอกจากนั้น ชิติมาส หอมเทศ (2555) เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561) และกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้ประมวลเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำเสนอเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยจำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพไว้ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปัจจัยด้านบุคคล/ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล/ปัจจัยทางจิตวิทยา และกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม/ปัจจัยด้านสังคม รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มปัจจัย	ชิติมาส หอมเทศ (2555)	กระทรวงสาธารณสุข (2556)	เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561)
ปัจจัยด้านบุคคล/ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล/ปัจจัยทางจิตวิทยา	- เพศ - พัฒนาการหรือวุฒิภาวะ - พันธุกรรม - บุคลิกภาพ - ความเชื่อ - การรับรู้ความสามารถของตนเอง	- ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ - ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ - ทักษะที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรม	- เจตคติ - ค่านิยม - จิตวิทยาในการเข้าถึงชุมชน หรือ การมีส่วนร่วมของบุคคลต่อกิจกรรมทางด้านสุขภาพ
ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม/ปัจจัยด้านสังคม	- ด้านกายภาพ เช่น อาหาร อากาศ ขยะมูลฝอย - ด้านชีวภาพ เช่น เชื้อโรค ต่างๆ - ด้านเศรษฐกิจ	- ระบบบริการสุขภาพ - สิ่งแวดล้อม - โครงสร้างชุมชน - มาตรการทางสังคม	- การวางบรรทัดฐานทางสังคม - ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม - ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

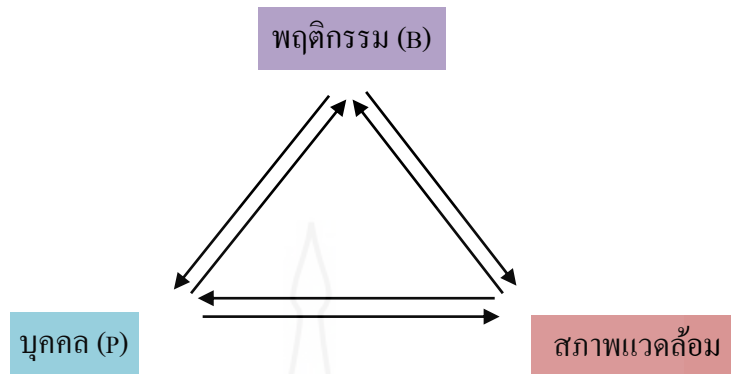
ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

กลุ่มปัจจัย	ชิตินาส หอมเทศ (2555)	กระทรวงสาธารณสุข (2556)	เกษแก้ว เสียงเพราะ (2561)
	<ul style="list-style-type: none"> - ด้านการเมือง - ด้านวัฒนธรรมศาสนา - ด้านการศึกษา - ด้านวิถีชีวิต - ด้านแหล่งข้อมูลข่าวสาร - ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม 		<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจัยทางด้านอิทธิพลของสังคม เช่น ครอบครัว/การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และสื่อมวลชน

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าตัวแปรที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น จำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวแปรที่เป็นลักษณะของบุคคล หรือกลุ่มตัวแปรทางจิต ได้แก่ ตัวแปรลักษณะทางชีวสังคมหรือข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ เป็นต้น ตัวแปรทางจิต เช่น ความเชื่อ การรับรู้ เจตคติ เป็นต้น และ 2) กลุ่มตัวแปรสภาพแวดล้อมหรือปัจจัยทางสังคม เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร ลักษณะทางวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวแปรดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในการวิจัยในครั้งนี้

2. แนวคิดในการวิเคราะห์สาเหตุด้านบุคคล และด้านสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ในการศึกษาครั้งนี้ แนวคิดทฤษฎีหลักที่ผู้วิจัยใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรม คือทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1986) โดยแบนดูราไม่เชื่อว่าปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพียงด้านเดียว แต่คนเรายังมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อมทั้งนี้เพราะคนเรานั้นมีความคิด โดยแบนดูราได้เสนอปัจจัย 3 ประการ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและกันในลักษณะของการโต้ตอบซึ่งกันและกันได้แก่ ตัวบุคคล (P) พฤติกรรม (B) และสิ่งแวดล้อม (E) ปัจจัยด้านตัวบุคคลจะรวมทั้งความฉลาด และลักษณะทางชีวภาพ ความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 แสดงดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม และพฤติกรรม ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ แบนคูรา

จากภาพที่ 2.1 แสดงให้เห็นปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน โดยคู่ระหว่าง $P \leftrightarrow B$ แสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อและรู้สึก จะกำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด ในขณะที่เดียวกันการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะการคิดและการสนองตอบอารมณ์ของบุคคลเช่นกัน การกำหนดซึ่งกันและกันของ $E \leftrightarrow P$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้นจะพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลทางสังคมที่ให้อาหารข้อมูลและการกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์โดยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เขาอาศัยอยู่ ส่วนการกำหนดซึ่งกันและกันของ $B \leftrightarrow E$ เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของบุคคล พฤติกรรมเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้น ก็ทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วย สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อบุคคล จนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น ทั้งนี้การทำหน้าที่ของการกำหนดซึ่งกันและกันนั้น ไม่ได้หมายความว่า จะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของทั้งสามปัจจัยก็ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมดังกล่าวข้างต้น เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ สาเหตุด้านบุคคล และสาเหตุด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุแห่งพฤติกรรม ทั้งนี้ตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พบว่าตัวแปรดังกล่าวประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และเจตคติต่อการดูแลตนเอง โดยมีรายละเอียดของความหมาย การวัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ของแต่ละตัวแปรดังนี้

3. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy-HL)

การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาในระดับโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ความรอบรู้ทางสุขภาพนั้นเป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจประเมินใช้ข้อมูล และสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต การมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ จะส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น แต่ถ้าหากมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอ (adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีไม่ได้เกิดจากการมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเท่านั้น แต่จะต้องมีความเข้าใจ พิจารณาและแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลคุณภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ปัจจุบันระบบบริการของประเทศได้ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน จะเห็นได้จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการสำรวจระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนทั่วประเทศ ในปี 2558 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสู่แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชน นักวิชาการของประเทศไทย ได้แปลศัพท์คำว่า “Health Literacy” ไว้หลากหลาย เช่น ความแตกฉานทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ใช้คำเรียกเฉพาะของ “Health Literacy” ว่า ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ และให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561) นอกจากนี้ อังสินันท์ อินทรกำแหง (2560) ได้รวบรวมความหมายของคำว่า “Health Literacy” จากนักวิชาการด้านสาธารณสุขทั่วไป โดยได้จัดรายละเอียดตามตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความหมาย	แหล่งอ้างอิง
- กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดี	WHO (1998)
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลตรงต่อความตั้งใจหรือความสามารถของแต่ละคนในการเกาะติดกับข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง	Baker, Williams Parker, Gazmararian, & Nurss (1999)
- ให้ความหมายเช่นเดียวกับ WHO คือ ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ก็เป็นตัวกำหนดความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลสารสนเทศนั้นเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้	Nutbeam (2000)
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับสภาวะทางสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ โดยมี 4 ปัจจัยชั้นกลางที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกันตนเองและการตรวจสุขภาพเป็นประจำ และ 4) การปฏิบัติตามการรักษา เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาหนทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล	Lee, Arozullah, & Cho (2004)
- ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้ นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง	Nutbeam (2008)
- ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม	Ishikawa et al. (2008)

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

ความหมาย	แหล่งอ้างอิง
- ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและสื่อสารข้อมูลสุขภาพเพื่อการส่งเสริมการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเองด้วยวิธีการที่หลากหลายตลอดหลักสูตรชีวิตของตนเอง	Rootman & Gordon – Elbihbety (2008)
- ความสามารถในการเข้าถึง ตีความและเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน และศักยภาพในการใช้ข้อมูลสารสนเทศนั้นเพื่อเพิ่มสุขภาพที่ดีของตนเอง	Pavlekovic (2008)
- ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ	Pleasant & Kuruvilla (2008)
- ระดับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมาจากการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ โดยใช้ทักษะที่หลากหลายเพื่อให้บรรลุความสำเร็จของวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ	Adkins et al. (2009)
- ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็น เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจัดว่าเป็นกลุ่มของทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทักษะเหล่านี้ ได้แก่ ความสามารถในการแปลข้อมูล การอ่านและเขียน การใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ และการพูดและการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ	Ratzan (2010)
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพของเขาด้วย ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่รองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย	Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012)
- เป็นความรู้หนังสือที่เกี่ยวข้องกับความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการคงอยู่ในการดูแลสุขภาพตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอด	HLS – EU Consortium (2012)

จากการรวบรวมและประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะด้านต่างๆของบุคคล เกี่ยวกับ ความรู้ แรงจูงใจ ในการเข้าถึง เข้าใจ และการประยุกต์ใช้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และการรักษาพยาบาล เพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความหมายที่ให้โดย WHO โดยให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า “ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ก็เป็นตัวกำหนดความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลสารสนเทศนั้นเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้” และได้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 Basic/Functional Literacy: ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นสมรรถนะในการอ่านเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจ เข้าถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ ระดับที่ 2 Communicative/Interactive Literacy: ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เป็นสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และระดับที่ 3 Critical Literacy: ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ เป็นสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีอย่างต่อเนื่อง และในปี 2008 นัทบีม (Nutbeam, 2008) ได้พัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาจากการดูแลรักษาทางคลินิกและการพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค ในกรณีบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการจัดการสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีพื้นฐานมาจากการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าว ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และ 6) ทักษะในการตัดสินใจ (Decision skill) ขณะที่ โซเลนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ได้พัฒนาแนวคิดที่มาจากโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) โดยแบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น

4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) เป็นความสามารถที่จะแสวงหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) การเข้าใจ (Understand) เป็นความสามารถในการรู้และเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 3) การประเมิน (Appraise) เป็นความสามารถในการอธิบาย การตีความ การถ่วงดุลและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) เป็นความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง สำหรับในประเทศไทย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 6 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Nutbeam ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media Literacy) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill)

คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต่อการพัฒนาและเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน เพื่อให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยต้องพัฒนาให้ครอบคลุมองค์ประกอบหรือคุณลักษณะพื้นฐานของ 6 ด้าน (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีหาและ การใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหาข้อมูลที่ต้องการ ตลอดจนความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่ที่น่าเชื่อถือ

2. ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง การมีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ ความสามารถในการอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ ตลอดจนการมีความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

3. ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพ และสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ

4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ ตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้รวมถึงการมีบทบาทและปรับเปลี่ยนวิธีการ ปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อ

หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีรวมทั้งการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ หลีกเลี่ยง วิธีการปฏิบัติ รวมทั้งหมายถึงความสามารถในการแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ส่วนแนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบหรือคุณลักษณะทั้ง 6 ด้าน (วัชรพร เษยสุวรรณ, 2560) รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบ 6 ด้าน

องค์ประกอบ/คุณลักษณะสำคัญ	ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณ์ญาณ
1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและบริการสุขภาพ	มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีในการค้นหาและใช้อุปกรณ์สืบค้น	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการและทั้งสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำไปใช้
2.ความรู้ ความเข้าใจ	การรู้และการจำประเด็นสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีความรู้ ความเข้าใจระดับพื้นฐาน และสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	มีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
3.ทักษะการสื่อสาร	มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูล	มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐาน และสามารถสื่อสารให้บุคคล	มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าวให้

ตารางที่ 2.5 (ต่อ)

องค์ประกอบ/คุณ ลักษณะสำคัญ	ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณ์ญาณ
	เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี	อื่นเข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัว เพื่อให้มี สุขภาพดี	ผู้อื่นยอมรับแนวทางการ มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
4.ทักษะการตัดสินใจ	มีความสามารถในการ กำหนดแนวทางเลือก และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจ ระดับพื้นฐาน และมี ความสามารถในการใช้ เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี ผลเสีย เพื่อการ ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือก วิธีปฏิบัติ ซึ่งเป็น ทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสาร ระดับปฏิสัมพันธ์และ สามารถโน้มน้าวให้ ผู้อื่นยอมรับแนวทางการ มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง
5.การรู้เท่าทันสื่อ	มีความสามารถในการ ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อ นำมาใช้ในการดูแล สุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อ ระดับพื้นฐานและ สามารถเปรียบเทียบ วิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อ หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ ของตนเองและผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ประเมินข้อความสื่อเพื่อ ชี้แนะแนวทางให้กับ ชุมชนหรือสังคม
6.การจัดการตนเอง	มีความสามารถในการ กำหนดเป้าหมายและ วางแผนในการปฏิบัติ ตน เพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเอง ระดับพื้นฐานและ สามารถทำตามแผนที่ กำหนด โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับ ปฏิสัมพันธ์และมี ความสามารถในการ ทบทวนวิธีการปฏิบัติตน ตามเป้าหมายเพื่อนำมา ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้อง

การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า นักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้สร้างแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อวัดกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่/วัยทำงาน รวมถึงกลุ่มบุคคลปกติ กลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่นกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น การนำเสนอแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ จะนำเสนอเฉพาะแบบที่ทำการวัดในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับบริบทและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2556) ได้ทำการพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (ABCDE-health literacy scale for Thai adults) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทำการสังเคราะห์นิยามและเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศที่เผยแพร่บทความฉบับเต็มตั้งแต่ปี 1996-2013 ทำให้ได้องค์ประกอบของการวัด 6 ด้าน 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) และ Edward, Wood, Davies & Edwards (2012) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อคำถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่นรายองค์ประกอบได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.49-0.66 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.39-0.67 ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.61 องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.72-0.84 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.86 องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.74-0.85 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.91 องค์ประกอบที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.71-0.79 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.89 องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.39-0.77 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.83 และองค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.69-0.82 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.67

สำหรับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอังสินันท์ อินทรกำแหง (2560) ประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือวัด แบบวัดดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 29 ข้อคำถาม โดยทำการวัดใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง

มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจากผู้ที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

3.2 ทักษคติต่อการดูแลสุขภาพ (Attitude towards Health Care)

ทัศนคติหรือเจตคติ (Attitude) เป็นคุณลักษณะหนึ่งด้านเจตพิสัย หรือด้านความรู้สึก (Affective characteristic) เป็นลักษณะภายในซึ่งยากต่อการที่จะสร้างนิยามปฏิบัติการ การให้นิยามมักทำได้เพียงการให้นิยามมโนทัศน์ สิ่งที่จัดว่าเป็นลักษณะด้านความรู้สึกนั้นมีลักษณะ 5 ประการ คือ 1) เป็นลักษณะที่แสดงออกซึ่งอารมณ์ รวมทั้งความรู้สึกของบุคคล 2) เป็นลักษณะที่มีความคงที่เป็นลักษณะหรือแบบแผนเฉพาะคน 3) มีเป้าหมาย หมายถึงความรู้สึกนั้นมีต่อสิ่งนั้น เช่นต่อวัตถุ ต่อบุคคล ต่อการกระทำ ต้องระบุให้แน่ชัด 4) มีทิศทาง หมายถึงความรู้สึกนั้นเป็นไปในทิศทางที่พึงปรารถนา เช่นพอใจ ไม่พอใจ และ 5) มีความเข้มข้น หมายถึงความรู้สึกนั้นมีมากน้อยเพียงใด เช่นชอบมาก ชอบน้อย ซึ่งมาพิจารณาจากลักษณะ 5 ประการดังกล่าวแล้ว กล่าวได้ว่าสิ่งที่ทำให้จำแนกทัศนคติจากคุณลักษณะอื่นๆ ด้านความรู้สึกคือ เจตคติมีเป้าหมาย มีทิศทาง และมีความเข้มข้น (Anderson, 1988 : 44 ; อ้างอิงจาก วรรณดี แสงประทีปทอง, 2544 : 6) ทั้งนี้ความหมายของทัศนคตินั้นมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน กลุ่มผู้ที่ศึกษาทัศนคติแต่ละกลุ่มก็ให้ความหมายไปตามความเชื่อของตน โดยมีผู้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ อาทิเช่น ดวงเดือน พันธมนาวิน (2531) ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติคือจิตลักษณะประเภทหนึ่งของบุคคลอยู่ในรูปของความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจในสิ่งหนึ่งสิ่งใด ความรู้สึกนี้อาจเกิดจากความรู้สึกเชิงประเมินค่าของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งนั้น คือความรู้สึกว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือมีโทษเพียงใด เพื่อเกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งนั้น บุคคลนั้นจะมีความพร้อมที่จะกระทำสิ่งนั้น ฉะนั้นบุคคลจึงสามารถมีทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ มากมาย แม้แต่ทัศนคติต่อตนเองหรือทัศนคติต่อการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ ซึ่งทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) ด้านความรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Evaluation Component) 2) ด้านความรู้สึก (Affective Component) และ 3) ด้านความมุ่งกระทำ (Behavioral Intention Component) ซึ่งสอดคล้องกับ สุนทรีย์ โคมิน (2545 : 389) กล่าวว่าทัศนคติหมายถึงความรู้สึก และปฏิกริยาความพร้อมที่จะกระทำในเชิงบวก หรือเชิงลบ ที่มีต่อเฉพาะบุคคล เฉพาะสิ่ง เฉพาะเรื่อง เฉพาะสถานการณ์ ขณะที่ งามตา วนิชานนท์ (2535 : 215) กล่าวว่าทัศนคติคือ จิตประเภทหนึ่งของบุคคล เกี่ยวกับความรู้สึกเชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทำนอง

ประโยชน์หรือโทษ ทำให้มีความรู้สึกโน้มเอียงไปในทางชอบพอใจมากน้อยต่อสิ่งนั้น หรืออาจกล่าวได้ว่าทัศนคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งต่างๆโดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ทัศนคติเป็นจิตลักษณะในตัวบุคคลที่ประกอบด้วย ความรู้เชิงประเมินค่า ความรู้สึก แนวโน้มหรือความพร้อมในการกระทำ ทั้งนี้ นักวิชาการได้แบ่งองค์ประกอบของทัศนคติและให้ความหมายในแต่ละองค์ประกอบไว้ เช่น ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2531) กล่าวว่า เจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Component) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งว่าดีมีประโยชน์มากน้อยเพียงใด บุคคลส่วนมากมักมีความรู้เชิงประเมินค่าของสิ่งต่างๆ เพียงเล็กน้อยทำให้เกิดอคติหรือความลำเอียงได้มาก เนื่องจากองค์ประกอบความรู้เชิงประเมินค่าสิ่งหนึ่ง เป็นต้นกำเนิดของเจตคติของบุคคลต่อสิ่งนั้น ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่สำคัญคือ การปรับองค์ประกอบความรู้เชิงประเมินค่าในเรื่องนั้นให้ตรงกับความเป็นจริง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับคุณหรือโทษต่อสิ่งนั้นเพิ่มเติมแก่บุคคล 2) ความรู้สึกพอใจ (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้น ซึ่งส่วนใหญ่ความรู้สึกพอใจของบุคคลจะเกิดขึ้นเอง และสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้น 3) ความพร้อมกระทำ (Action Tendency Component) หมายถึง การที่บุคคลพร้อมที่จะช่วยเหลือสนับสนุนในสิ่งที่เขาชอบ และพร้อมจะทำลายหรือเพิกเฉยต่อสิ่งที่เขาไม่พอใจ เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าและมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบสิ่งนั้นแล้ว สิ่งที่สอดคล้องกันและติดตามมา คือ ความพร้อมที่จะกระทำการให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนต่อสิ่งนั้นด้วย สอดคล้องกับ แมคไกวส์ (McGuire, 1985: 239) ที่อธิบายว่า เจตคติ แบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบความรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Component) หมายถึง บุคคลมีความรู้ว่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เป็นประโยชน์หรือโทษ หรือด้านดีและเลว ขึ้นอยู่กับต้นกำเนิดของการที่บุคคลได้รับความรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดให้สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ ความรู้เชิงประเมินค่าจึงเป็นต้นกำเนิดของเจตติบุคคล 2) องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจต่อสิ่งต่างๆ เมื่อบุคคลได้รับความรู้ถึงประโยชน์หรือโทษ หรือสิ่งที่ดี ไม่ดี ความรู้สึกของบุคคลจะเกิดขึ้นอัตโนมัติและสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งนั้น 3) องค์ประกอบด้านความพร้อมกระทำหรือมุ่งกระทำ (Behavioral Component) หมายถึง บุคคลพร้อมช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริม สิ่งที่เขาชอบ พอใจ พร้อมที่จะทำลายหรือเพิกเฉยต่อสิ่งที่เขาไม่พอใจ จะเกิดขึ้นภายหลัง เมื่อมีความรู้เชิงประเมินค่า และมีความรู้สึกชอบ หรือไม่ชอบสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นความโน้มเอียงหรือความพร้อมที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความรู้สึก องค์ประกอบนี้เป็น

ความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลไม่ปรากฏแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม หากจะเกิดเป็นพฤติกรรมได้ต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของตัวเองและความสามารถในการควบคุมตนเองได้ตามเจตคติของตน

จากการรวบรวมและประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับความหมายของทัศนคติดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทัศนคตินั้นเป็นจิตลักษณะในตัวบุคคลที่ประกอบด้วย ความรู้เชิงประเมินค่า ความรู้สึก แนวโน้มหรือความพร้อมในการกระทำ ดังนั้นจึงสรุปความหมายได้ว่า **ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง** หมายถึง ความรู้สึกเชิงประเมินค่าของบุคคลว่าสิ่งไหนที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือโทษต่อสุขภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น ก่อให้เกิดแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ตามความรู้ที่เกิดขึ้นจากการประเมินและความรู้สึกหรือไม่ชอบของบุคคล เช่น หากบุคคลประเมินแล้วว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จะช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรงป้องกันโรคเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ และเกิดความรู้สึกชอบหรือพึงพอใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อรักษาสุขภาพตนเอง ย่อมส่งผลให้เกิดแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

การวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ

จากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะพัฒนาแบบวัดทัศนคติตามองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรู้คิดเชิงประมาณค่า ความรู้สึก และความพร้อมที่จะกระทำ เช่น อุบล เลี้ยววาริน (2534) ที่สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เชิงประเมินค่าเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ควบคู่กันไป มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.70 สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2555) ได้สร้างแบบทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 อังสินันท์ อินทรกำแหง (2556) ได้สร้างแบบวัดทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีส่วนร่วมในโครงการการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วน จำนวน 18 ข้อคำถาม ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93 และแบบวัดทัศนคติของ สุพัตรา อำนวยเกียรติ (2560) ซึ่งได้พัฒนาแบบวัดทัศนคติต่อสุขภาพขึ้น ลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 8 ข้อคำถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.78

สำหรับการวัดทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับทัศนคติ ร่วมกับประยุกต์ใช้แบบวัดของ อังสินันท์ อินทรกำแหง (2556) โดยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามเพิ่มให้เหมาะสมกับบริบทของการศึกษา โดยทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า 2) ความรู้สึก และ 3) แนวโน้มการกระทำ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เป็นความเชื่อส่วนบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวังการให้คุณค่า การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่า พฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน เช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัวหรือการลดความรู้สึกเมื่อยล้า ส่วนประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งประโยชน์ภายในนั้น จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่าประโยชน์ภายนอก (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) นั้นเชื่อว่าความเชื่อทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการขัดเกลาทางสังคมกับพฤติกรรม (Conner and Norman, 2005 อ้างใน สุรีย์ กาญจนวงศ์, 2556: 129) ความเชื่อทางสังคมเกิดขึ้นจากการขัดเกลา เป็นลักษณะคงทนของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อปรับได้ เพราะฉะนั้นหากเปลี่ยนความเชื่อที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมได้ก็สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมมีพื้นฐานความคิดมาจากทฤษฎีสถานของเลวิน (Lewin's Field Theory) ที่กล่าวว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ มีทั้งคุณค่าบวกและคุณค่าลบ เหตุการณ์ใดหรือสิ่งใดจะมีแรงดึงดูดใจให้เกิดการตอบสนองก็ขึ้นอยู่กับว่าคนๆ นั้นรับรู้คุณค่าที่เป็นบวกมากน้อยเพียงใด การรับรู้ว่าเป็นบวกหรือลบเกิดจากการประเมินของบุคคลตามความต้องการของบุคคล ความเชื่อทาง

สุขภาพก็เช่นกันเกิดขึ้นจากการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับ และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Becker et al., 1977 อ้างใน สุริย์ กาญจนวงศ์, 2556: 129) รูปแบบความเชื่อทางสุขภาพ ตั้งข้อสมมุติว่า ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพใดพฤติกรรมหนึ่ง ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ว่าเขามีโอกาสจะเป็นโรคนั้นหรือไม่มากนักเพียงใด และโรคนั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ทั้งโอกาสที่จะเป็นโรคและความรุนแรงของโรคร่วมกันกำหนดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค นอกจากภาวะคุกคามของโรค ความเป็นไปได้ที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพยังขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลว่าการกระทำนั้นให้ประโยชน์เพียงใด การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพทั้งสองประการนำไปสู่ความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิผลของการแสดงพฤติกรรมนั้น

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพนั้น เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นการรับรู้ว่ากิจกรรมที่ตนกระทำอยู่นั้นมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเองเพียงไร และส่งผลต่อระดับของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น และมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องด้วย (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2553:20) ตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) เรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล และ 3) ความคิดและความรู้สึกของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ ซึ่งแนวคิดที่ 3 นั้นมีส่วนของมุมมองเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นหนึ่งในองค์ประกอบ ที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้เป็นลักษณะภายในที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้รับ สิ่งเร้าจากภายในและภายนอกให้เห็นถึงผลดีที่ทำให้สุขภาพดี ปลอดภัย และส่งผลต่อการประเมิน พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) โภชนาการ 3) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย 4) การจัดการความเครียด 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลกลับมาพิจารณาเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อต้องทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้ นักวิชาการด้านสุขภาพได้ให้ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง เช่น สเตรคเซอร์ และ โรเซนสต็อก (Strecher & Rosenstock, 1997: 45 อ้างอิงใน พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 163) ให้ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติตามที่แนะนำเพื่อลดความเสี่ยงหรือลดผลกระทบที่ร้ายแรง ส่วน จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2561: 74-75) ให้ความหมายว่า เป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพอใจหรือความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง ขณะที่ เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง

(2550) ให้ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ว่าหมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

จากการประมวลเอกสาร แนวคิด เกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเป็นความคิดของบุคคลที่มีอิทธิพลมาจากความเชื่อในประสิทธิภาพของพฤติกรรม ในการลดภาวะคุกคามจากโรค หรือป้องกันโรค หรือส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และต้องเป็นพฤติกรรมที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถทำได้และเกิดผลดีในการส่งเสริมสุขภาพตนเองหรือการป้องกันโรคนั้นๆ เป็นการรับรู้ที่มีต่อการปฏิบัติตัวว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นจึงสรุปความหมายของการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ ในการวิจัยครั้งนี้ว่าหมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลในการปฏิบัติตนในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันภาวะคุกคามของโรค ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวบุคคลรับรู้และเปรียบเทียบแล้วว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากกว่าก่อให้เกิดผลเสีย

การวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

จากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พบว่า นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และวิษุตา เจริญกิจการ (2557) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามที่มีความหมายเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4คะแนน) ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89

สำหรับการวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบวัดที่ได้

คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

3.4 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Receiving Health Information)

การสื่อสารเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ ความคิดเห็นระหว่างบุคคล กลุ่มองค์กรสาธารณะผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น สื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อพื้นบ้าน เป็นต้น เพื่อนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่ผู้ส่งสารได้วางเป้าหมายไว้ ในปัจจุบันการสื่อสารเข้ามามีบทบาทต่อกระบวนการทางสังคมในทุกภาคส่วน รวมทั้งเพื่อประโยชน์ต่อการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งการสื่อสารสุขภาพนั้นมีพื้นฐานมาจากศาสตร์ 2 แขนงคือ การสื่อสาร และสาธารณสุข การสื่อสารนับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นต้น (หนึ่งหทัย ขอบกลาง และกิตติกันภัย, 2553)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2552) ให้ความหมายของการสื่อสาร ไว้ว่า การสื่อสารคือการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ โดยอาศัยกระบวนการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้ ทักษะคติ ประสบการณ์และการปฏิบัติระหว่างกันและกัน จากบุคคลผู้บุคคล กลุ่มบุคคล หรือสาธารณะเพื่อให้เกิดผลสนองตามตรงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ โดยที่การสื่อสารมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) แหล่งข่าวสาร (Source) หรือผู้ส่งสารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ ผู้ส่งสารยังเป็นผู้มีอิทธิพลต่อความเชื่อถือให้แก่ตัวสาร 2) ข่าวสาร (Message) หมายถึงข้อมูล ข้อเท็จจริง ความคิดต่างๆ หรือชุดของสัญลักษณ์ ที่ผู้ส่งสารต้องการนำเสนอหรือสื่อความหมายไปยังผู้รับสาร โดยมีเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ผู้ส่งสารต้องกำหนดเนื้อหาสารให้ตรงกับความสนใจหรือความต้องการของผู้รับและต้องมีวิธีการวางโครงสร้างสารเป็นอย่างดี 3) ผู้รับสาร (Receiver) ในกระบวนการสื่อสารมีผู้ที่เกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม คือ ผู้ส่งสารและผู้รับสาร ผู้รับสารนั้นอาจหมายถึงบุคคลคนเดียว กลุ่มบุคคลหรือมวลชน เป็นผู้ฟัง ผู้อ่าน ผู้ชม การให้ข่าวสารที่เหมาะสมกับผู้รับสารนั้น ผู้ส่งสารต้องมีความเข้าใจในความต้องการข่าวสารของผู้รับสารด้วย ได้แก่ ความต้องการข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง ความต้องการข่าวสารที่สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติ ความต้องการข่าวสารที่สะดวกในการได้มาและความต้องการข่าวสารตามความอยากรู้อยากเห็น 4) ช่องทางข่าวสาร (Channel) การเลือกช่องทางข่าวสารหรือช่องทางสื่อสารเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ข้อมูลข่าวสารถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ส่งสารต้องพิจารณาว่าข่าวสารและกลุ่มเป้าหมายนั้นต้องใช้ช่องทางสื่อสารใดเป็นหลักการเลือกใช้การสื่อสารต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการใช้สื่อเป็นหลัก

ได้แก่ การเข้าถึง ความถี่ ความสัมฤทธิ์ และความต่อเนื่อง การเลือกใช้สื่อหรือช่องทางควรพิจารณาจากคุณลักษณะและคุณสมบัติของสื่อแต่ละประเภท เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ป้ายประกาศ โปสเตอร์ แผ่นพับ แผ่นปลิว ภาพพลิก โปสเตอร์) สื่อบุคคล สื่อโสตทัศน สื่ออื่นๆ เช่น สื่อออนไลน์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผ่านอุปกรณ์สื่อสารต่างๆ เช่น โทรศัพท์เคลื่อนที่ และ 5) สัมฤทธิ์ผล (Effect) การสื่อสารผู้ส่งสารยอมมุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุดตามวัตถุประสงค์ ซึ่งผลของการสื่อสารโดยทั่วไปมี 3 ประการคือ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้รับสาร ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้รับสารที่มีต่อสิ่งที่ได้รับรู้ซึ่งจะส่งผลก่อให้เกิดการกระทำที่ตามมา และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่แสดงออก ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นจะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือเมื่อผู้รับข่าวสารได้รับข่าวสารก็จะทำให้เกิดความรู้ ความรู้ที่เกิดขึ้นมีผลต่อการสร้างทัศนคติจนก่อให้เกิดการกระทำที่ดีที่สุด

การสื่อสารนั้นจัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในชีวิตมนุษย์ นอกเหนือจากปัจจัยสี่ที่มีความจำเป็นต่อความอยู่รอดของมนุษย์ ซึ่งได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค แม้ว่าการสื่อสารจะไม่มี ความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเป็นความตายของมนุษย์เหมือนกับปัจจัยสี่ แต่การที่จะให้ได้มาซึ่งปัจจัยสี่เหล่านั้น ย่อมต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมืออย่างแน่นอน มนุษย์ต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมใดๆ ของตนและ เพื่ออยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ในสังคม การสื่อสารเป็นพื้นฐานของการติดต่อของกระบวนการสังคม ยิ่งสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น และประกอบด้วยคนจำนวนมากขึ้นเท่าใดการสื่อสารก็ยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมและสังคมจะนำมาซึ่งความสลับซับซ้อน หรือความสับสนต่างๆ จนอาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจและไม่แน่ใจแก่สมาชิกของสังคม ดังนั้น จึงต้องอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว (ยุพดี วิถีกุลเจริญ, 2537:3) ดังนั้น ข่าวสารจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นต้องการข้อมูลในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นอกจากนั้นข่าวสารยังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เป็รับความทันสมัยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ของโลกปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น

ปัจจุบันประเด็นปัญหาสุขภาพของประชาชนชาวไทย เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากภาครัฐ และหน่วยงานต่างๆอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐได้มีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทย รวมทั้งมีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักต่อความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขระดับมหภาค การกำหนดสุขภาพที่ดีเป็นวาระของชาติ การสร้างประเด็น การนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นกระแสความสนใจของสาธารณชน

สถานการณ์ดังกล่าวปลุกเร้าให้คนหันมาใส่ใจการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงแทนการดูแลเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยในลักษณะของการสร้างนำซ่อม ดังนั้น การรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้จึงเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว ความตระหนักในการสร้างค่านิยมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถือได้ว่าการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ (พนา ทองมีอาคม และเพ็ญพักตร์ เตียวสมบุญณกิจ, 2551) การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่บุคคลทุกเพศทุกวัย ทุกอายุ ทุกอาชีพ และทุกๆ คนในชุมชนและสังคมเพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ซึ่งแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ โทรทัศน์ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรสาธารณสุขชุมชน หอกระจายข่าว วิทยุ หนังสือพิมพ์ เว็บไซต์ต่างๆ และสื่ออื่นๆ อีกมากมาย สื่อเหล่านี้มีประโยชน์และมีโทษ ถ้าผู้รับสารไม่วิเคราะห์ พิจารณาและแสวงหาเฉพาะสิ่งที่เป็นประโยชน์ จะส่งผลต่อความกลัว ดังนั้น ข้อมูลข่าวสารที่บุคคลต่างๆ ได้รับเป็นประเด็นสำคัญต่อการตระหนักถึงผลกระทบของการก้าวสู่สังคม โดย โรเจอร์ และคนอื่นๆ (Roger et al . 1979; อังอิงใน วิวัฒน์ เหลืองสมานกุล (2549) กล่าวว่า การรณรงค์ข่าวสาร (communication campaign) เป็นการเข้าถึงและจูงใจให้ประชาชนเข้าถึงข่าวสารเฉพาะ ในช่วงเวลาสั้นๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทัศนคติและพฤติกรรม มีการใช้สื่อที่หลากหลาย ประกอบด้วย 1) การรณรงค์ที่มีเป้าหมาย (A campaign is purposive) 2) การรณรงค์ที่เป็นการเจาะเป้าหมายไปที่ประชาชนกลุ่มใหญ่ (A campaign is Aimed at a Large Audience) 3) การรณรงค์ต้องมีการกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสม (A campaign Occur During the Time Period) 4) การรณรงค์เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการสื่อสารขององค์กร (A campaign Involves an Organization Set of Communication Activities) ซึ่งผู้ส่งสารตั้งใจส่งสารไปยังกลุ่มเป้าหมาย เพื่อปรับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ในขณะที่กลุ่มผู้รับสาร เป็นประชาชนที่อาจมีความเหมือนกันหรือแตกต่างกัน ในด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ดังนั้นปัจจัยที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้รับสาร ได้แก่ สาร สื่อ ผู้สื่อสาร ที่ส่งผลต่อความเชื่อของสารที่ได้รับและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมสุขภาพ เพราะจะไปเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งการสื่อสารสุขภาพต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่สร้างความเข้าใจและร่วมทำกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง ปริมาณความถี่ที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการกระทำที่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการบริโภคอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย และกิจกรรมทางสุขภาพต่างๆ ขององค์กรด้านสุขภาพ

ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ป้ายประกาศ โปสเตอร์ แผ่นพับ แผ่นปลิว ภาพพลิก โปสเตอร์) สื่อบุคคล สื่อโทรทัศน์ สื่ออื่นๆ เช่น สื่อออนไลน์ผ่านทาง อินเทอร์เน็ต ผ่านอุปกรณ์สื่อสารต่างๆ เช่น โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นต้น เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้รับสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคมได้อย่างเหมาะสม

การวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

จากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดการได้รับข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ยูพาร์กน ออคลิน; ชนัญญา ชัยวงศ์โรจน์; และ ศรีรัฐ ภักดิธมชิต (2559) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ข่าวสาร เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคกระดูกพรุนของประชาชนจากช่องทางสื่อประเภทต่างๆ ได้แก่ วิทยุกระจายเสียง วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และภาพยนตร์ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามความถี่ของการเข้าถึงสื่อต่างๆ ตั้งแต่นานๆ ครั้ง ถึง ทุกวัน ขณะที่ อุไรวรรณ ชาญชุลยทุธ และคนอื่นๆ (2560) ได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยวัด ใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความถี่ในการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อประเภท ต่างๆ 2) ความสนใจเกี่ยวกับประเภทของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และ 3) พฤติกรรม การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยรวม ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรา ประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.79

สำหรับการวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ เพื่อวัดความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารจาก สื่อประเภทต่างๆ ความถี่ของการได้รับตั้งแต่ไม่ได้รับ (1 คะแนน) ถึง ได้รับ 6-7 วันต่อสัปดาห์ (5 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดง ว่าเป็นผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

3.5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Social Support from Family)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจความช่วยเหลือ ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการ ให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความเป็น เจ้าของการได้รับการยอมรับรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนใน ระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่าง

เหมาะสม (วิลาวัลย์ รัตนา, 2552) การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในต่างประเทศ พบว่าเริ่มมาจากทางด้านการแพทย์และพยาบาล โดยที่แพทย์ทำการสังเกตผู้ป่วยและพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการกำลังใจจากแพทย์ พยาบาล หรือญาติที่ใกล้ชิดมาก อาการของผู้ป่วยคนนั้นจะทุเลาเร็ว หรือหายจากโรคเร็ว (Cassell, 1976; คุณเดือน พันธมนาวิน, 2548) และปัจจุบันได้มีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการสนับสนุนทางสังคมในสาขาวิชาต่างๆ อย่างหลากหลายเช่น การอาสาสมัคร พฤติกรรมองค์กร พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมอย่างหลากหลาย ดังเช่น ลักขมี บุญธรรม (2540) ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ คนใดคนหนึ่ง หรือหลายคนรวมกัน ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานหลัก ทำหน้าที่หล่อหลอมและขัดเกลาความเป็นมนุษย์ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ด้วยการอบรมเลี้ยงดู ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน พร้อมทั้งปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม และการถ่ายทอดวัฒนธรรมของสังคมให้แก่สมาชิก เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพ อยู่ดีกินดี มีความพร้อมที่จะทำงานอย่างเต็มที่ เป็นพลังในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป การสนับสนุนจากครอบครัวมีหลายด้าน ทั้งด้านการศึกษา ด้านการใช้ชีวิต และด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพนั้น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2556: 6) ได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 กล่าวว่า การสร้างสุขภาพของครอบครัวนั้นเป็นเรื่องของ 1) การส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวตระหนักในความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีวิถีภาวะทางอารมณ์ มีการปรับตัวตามวัยและสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคม 2) การส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ในการสร้างสุขภาพครอบครัวตั้งแต่ก่อนสมรส ตั้งครรภ์ วัยเด็ก ความสุขทางเพศ ทั้งในครอบครัวและสังคมส่วนรวม 3) การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจและรับผิดชอบเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ตามเพศ ตามวัย การมีบุตรตามวัย และการวางแผนครอบครัว 4) การจัดสภาพแวดล้อมรวมทั้งอนามัยและบริการด้านสังคมเชิงรับและเชิงรุกให้เอื้อต่อการพัฒนาครอบครัวและสังคม

ขณะที่ในมุมมองของ เพนเดอร์ (Pender et al. 2006) มองในเรื่องรายได้ เศรษฐฐานะ การเป็นอยู่ในสังคมที่ดีของบุคคลจะมีโอกาสในการแสวงหาสื่อที่มีประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพดีกว่า ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า โครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ รายได้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อทางเลือกในการรับบริการ การศึกษา ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกและแสวงหาแหล่งความรู้ด้านสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนในการให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเมื่อครอบครัวเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีข้อปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว จากแนวคิดของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ

เพื่อให้ครอบครัวไทยบรรลุหลักการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะต้องมีความรักช่วยเหลือ อาหาร สนับสนุน และดูแลอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวไปด้วยกัน 2) มีทักษะการสื่อสารทั้งในเรื่อง การรับฟัง การใช้เหตุผลอย่างเข้าใจซึ่งกันและกันและร่วมกันมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน 3) สมาชิกต้องมีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในครอบครัวตนเอง 4) สมาชิกต้องรู้จักการประนีประนอมเมื่อมีการขัดแย้ง แยกผิดถูก และความต้องการของแต่ละฝ่ายออกได้ 5) สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับทุกคน ให้สิทธิของความเป็นส่วนตัวตระหนักในคุณค่าของกันและกันอย่างจริงจัง 6) สมาชิกใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อประโยชน์ที่ได้รับร่วมกัน 7) สมาชิกของครอบครัวรู้จักประกอบอาชีพสุจริต อดออม และสร้างฐานะให้มั่นคง 8) สมาชิกต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม เพื่อให้สมาชิกมีแบบอย่างที่ดีต่อไปในอนาคต 9) สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีการระดับการศึกษาที่ดีที่สุดตามกำลังความสามารถ 10) สมาชิกทุกคนในครอบครัวรู้จักดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สถานที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ เป็นระเบียบส่งผลให้มีสุขภาพดี 11) สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยกันแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และสามารถพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ 12) สมาชิกในครอบครัวต้องบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม 14) สมาชิกทุกคนต้องเคารพกฎหมาย รู้จักหน้าที่ของตน ตามหลักประชาธิปไตย ดังนั้นครอบครัวที่มีสุขภาพดี จะมีความสามารถผลิตบุคคลากรที่มีคุณภาพออกสู่สังคมได้ ทำให้สังคมเข้มแข็ง เจริญก้าวหน้า ซึ่งครอบครัวที่มีสุขภาพดีไม่ใช่เพียงแต่คอยดูแลกันเมื่อเจ็บป่วย แต่สมาชิกทุกคนต้องมีสุขภาพะทั้งกาย ใจ การอยู่ในสังคม และจิตวิญญาณร่วมกันในการลงมือสร้างสุขภาพพร้อมกันในทุกส่วนของสังคม (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2553:44-45)

สรุปได้ว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนของบุคคลจากสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยบุคคลจะรับรู้ ว่า สมาชิกในครอบครัวให้ความห่วงใย รับฟังความรู้สึก เข้าใจ และคอยเป็นกำลังใจ ในการร่วมกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งบุคคลรับรู้ ว่าสมาชิกในครอบครัว ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเช่น ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ รวมถึงกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ โดยบุคคลจะรับรู้ ว่าสมาชิกในครอบครัว ได้ให้การสนับสนุนอุปถัมภ์ สิ่งของ สนับสนุนด้านการเงิน และเสียสละเวลา ในการกระทำที่สนับสนุนให้บุคคลได้ปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

การวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

จากการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม พบว่า สู่เหยียน เหว่ย และคณะ (Xueyan Wei; et al. 2009) ได้พัฒนาแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ จำนวน 14 ข้อคำถาม แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านข้อมูลป้อนกลับ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.926 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้า ของดุจเดือน พันธุมนาวิน (2547) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และงบประมาณ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ จำนวน 20 ข้อคำถาม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.86 และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของ พรพิมล วรวิฑูรย์พงศ์; และสงคราม เชาว์ศิลป์ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 ระดับ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้การสนับสนุนเพื่อประเมินคุณค่า และการให้การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.90

การวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การได้รับการสนับสนุนด้านสังคม และ 3) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า วัชรพร เขยสุวรรณ (2560) ได้ทำการประมวลเอกสาร

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ และได้นำเสนอบทความเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล” ลงในวารสารแพทยธานี โดยได้นำเสนอถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพว่าแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคล และปัจจัยระดับสังคม โดยปัจจัยแต่ละระดับมีตัวแปรย่อยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพหลายตัวแปร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและทัศนคติเป็นหนึ่งในปัจจัยย่อยที่อยู่ในปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูดี จอมสงัด, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และ พรนภา หอมสินธุ์ (2562) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครกในนักเรียนวัยรุ่นหญิงจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าทัศนคติเป็นหนึ่งในตัวแปรที่ร่วมทำนายความแปรปรวนความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันการตั้งครก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า **ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพ** จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีรายงานผลการวิจัยหลายเรื่องที่ได้ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ งานวิจัยของ รัชชนก ขุมทอง (2559) ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 1,138 คน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.334 และ 0.260 ตามลำดับ และยังพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ โดยผ่านพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยของ Intarakamhang & Intarakamhang (2017) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคอ้วนในกลุ่มเด็กอายุ 9-14 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเด็กที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรคอ้วนที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอังสินันท์

อินทระกำแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) ได้ทำการศึกษาอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง โดยการศึกษาผานวิธี ทำการเก็บข้อมูล จากแบบสอบถามกับคู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนทั้งสิ้น 413 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อ พฤติกรรมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัวโดยผ่านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของบุคคล

ขณะที่ จิระภา ขาพิสูทธิ์ (2561) ได้ทำการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ในกลุ่มตัวอย่างนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 326 คน ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.33 และการวิจัยของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ศรีประเสริฐ (2558) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรค ขึ้นไป จำนวน 126 คน ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.46 นอกจากนี้ยังพบว่ามี การวิจัยใน ต่างประเทศที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของ แองเจลา และคนอื่นๆ (Angela G. Brega. et al., 2012) ได้ศึกษากลไกความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบ กลไกความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยมุ่งเน้น ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มชาว อเมริกันเชื้อสายอินเดียแดงและชาวพื้นเมืองในอลาสก้า ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมี อิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง กับการวิจัยของ Wan Chen Hsu.; ChiaHsun Chiang.; & ShuChing Yang. (2014) ได้ทำการศึกษาผล ของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา: ผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพใน บทบาทของตัวแปรคั่นกลางผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ ความตระหนักต่อ สุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านสถานะ ทางสุขภาพ ความตระหนักต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัว แปรที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น จึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัย

คาดการณ์ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมสุขภาพ อาทิเช่น อริยา ช่างทอง (2550) ได้ทำการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 132 เรื่อง ที่ศึกษา ระหว่างปี 2536-2548 ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass โดยจำแนกกลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มปัจจัยภายใน และกลุ่มปัจจัยภายนอก ซึ่งในกลุ่มปัจจัยภายในนั้นพบว่า ตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การควบคุม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง) เป็นหนึ่งในตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยจำนวน 40 เรื่อง ที่กำหนดตัวตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นตัวแปรต้น พบนัยสำคัญจำนวน 31 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 77.54 และพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเฉลี่ย เท่ากับ 0.33 ขณะที่ วรรณวิมล เมฆวิมล (2553) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เป็นนักศึกษา จำนวน 329 คน พบว่า ปัจจัยนำที่มีต่อความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ สามารถทำนายได้ร้อยละ 34.20 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพในระดับมาก คือร้อยละ 40.70 ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ปฏิบัติงานในอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก จำนวน 267 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.12$) การวิจัยของ จรุงรัตน์ รอดเนียม, สกุนตลา แซ่เตียว และวรรณ จันทวีเมือง (2556) ที่ได้ทำการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.21 สอดคล้องกับการวิจัยของ นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล และวิชชุดา เจริญกิจการ (2557) ทำการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.23

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น จึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารและความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาทิ สุริย์ ธรรมิกบวร (2551) ที่ได้ทำการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับหลักความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักการของ วอคเกอร์และเอแวน (Walker LO. & Avant KC.) โดยได้เสนอไว้ในบทความเรื่อง “การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด” พบว่าปัจจัยเงื่อนไขของการรอบรู้สุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งคือ การมีกลไกทางสังคมในการเปิดโอกาสให้บุคคล ชุมชน เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับวัชรพร เษยสุวรรณ (2560) ได้ทำการประมวลเอกสารแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ และได้นำเสนอบทความเรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล” ลงในวารสารแพทยธานี โดยได้นำเสนอถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคล และปัจจัยระดับสังคม โดยปัจจัยแต่ละระดับมีตัวแปรย่อยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายตัวแปร ส่วนปัจจัยเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นหนึ่งในปัจจัยย่อยที่อยู่ในปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นทักษะและความสามารถระดับบุคคล ประกอบด้วย การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถในการพูด ทักษะในการต่อรอง ทักษะในการจัดการตนเอง ความสามารถในการประเมินสื่อสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ รวมถึง ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และบทความดังกล่าวได้เสนอแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลไว้หลายประเด็น ส่วนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ คือ การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยจะต้องจัดให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง

และเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง มีความทันสมัยได้ง่ายและสะดวก และสอดคล้องกับ อังสินันท์ อินทรกำแหง (2560) ที่ได้ทำการประมวลสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีตที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความตระหนักในด้านสุขภาพและความสามารถส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจและการสนับสนุนแหล่งข้อมูลและการสื่อสารสุขภาพจากเพื่อน ครอบครัว ชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมสุขภาพ จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาและแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว อาทิเช่น แนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะทางพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคล (The information – motivation – behavioral skills model: IMB) ของ ฟิชเชอร์ และฟิชเชอร์ (Fisher, J.D. & Fisher, W.A., 1992) ที่อธิบายถึงตัวแปรหลักที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องนั้นๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จะส่งผลให้บุคคลมีทักษะทางพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2) การสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจในระดับบุคคล ได้แก่ ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในทางสังคม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้อง แรงจูงใจเหล่านี้จะช่วยในการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคล และ 3) ทักษะทางพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองหรือส่งเสริมสุขภาพตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนการมีสุขภาพดีของบุคคล ตามแนวคิด IMB นั้น เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ มีแรงจูงใจสูง ประกอบกับมีทักษะที่ดีในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลนั้นก็จะสามารถเริ่มต้นกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และรักษาพฤติกรรมดังกล่าวให้คงอยู่ต่อไปโดยไม่มีเปลี่ยนแปลง ขณะที่ อริยา ช่างทอง (2550) ได้ทำการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยวิธีการวิเคราะห์อภิมานจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 132 เรื่อง ที่ศึกษาระหว่างปี 2536-2548 ด้วยวิธีการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Glass โดยจำแนกกลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มปัจจัยภายใน และกลุ่มปัจจัยภายนอก ซึ่งในกลุ่มปัจจัยภายนอกนั้นพบว่า ตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยจำนวน 33 เรื่อง ที่กำหนดตัวตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นตัวแปรต้น

พบนัยสำคัญจำนวน 28 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 84.84 และพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเฉลี่ย เท่ากับ 0.20

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น จึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ฟิชเชอร์ และฟิชเชอร์ (Fisher, J.D. & Fisher, W.A., 1992) ได้เสนอแนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะทางพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคล ที่อธิบายถึงตัวแปรหลักที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จะส่งผลให้บุคคลมีทักษะทางพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2) การสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจในระดับบุคคล ได้แก่ ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในทางสังคม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้อง แรงจูงใจเหล่านี้จะช่วยในการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคล และ 3) ทักษะทางพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองหรือส่งเสริมสุขภาพตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนการมีสุขภาพดีของบุคคล ทั้งนี้ เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ มีแรงจูงใจสูง ประกอบกับมีทักษะที่ดีในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลนั้นก็จะสามารถเริ่มต้นกระทำพฤติกรรมสุขภาพและรักษาพฤติกรรมดังกล่าวให้คงอยู่ต่อไป โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นิทรา กิจธิระวุฒิมงษ์ และศัน สนิย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 360 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า พบการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกชมรม การมีโรคประจำตัว และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถรวมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ร้อยละ 31.20 และพบว่าตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า Michael K. Paasche-Orlow & Michael S.Wolf. (2007) ได้เสนอบทความเรื่อง “เส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ” โดยทำการศึกษาผ่านการวิเคราะห์งานวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้สร้างเป็นกรอบความคิดเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ได้แสดงให้เห็นถึงกรอบความคิดเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่าปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลที่สำคัญประการหนึ่งคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2560) ที่ได้ทำการประมวลสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีตที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความตระหนักในด้านสุขภาพและความสามารถส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ และการสนับสนุนแหล่งข้อมูลและการสื่อสารสุขภาพจากเพื่อน ครอบครัว ชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

จากการประมวลเอกสารดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น จึงทำให้มีหลักฐานเพียงพอที่ทำให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงได้กำหนดไว้เป็นสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ (causal-comparative research) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ทดสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และค้นหาทิศทางและขนาดอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคม ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ จำนวนทั้งสิ้น 12,106 คน (ฐานข้อมูล E-Social welfare ณ 31 ก.ค. 2562) กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์สมการโครงสร้างตามแนวคิดของ มาร์ช (Marsh et al., 1998) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างให้สอดคล้องกับ Proper solution และ Non-convergence กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจะมีค่า Proper solution มาก และ Non-convergence มีค่าต่ำ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 600-700 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการสุ่มเลือกอำเภอจำนวนร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมดของจังหวัดแพร่ ด้วยการจับสลาก (จำนวนอำเภอทั้งหมด 8 อำเภอ สุ่มเลือกร้อยละ 50 เท่ากับ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอสอง อำเภอลอง และอำเภอหนองม่วงไข่

ขั้นที่ 2 ทำการสุ่มเลือกตำบลจากตำบลภายในอำเภอที่ได้จากการสุ่มในขั้นตอนที่ 1 จำนวนร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลแต่ละอำเภอ ด้วยการจับสลาก ได้แก่ อำเภอเมือง จำนวน 10 ตำบล อำเภอสอง จำนวน 8 ตำบล อำเภอลอง จำนวน 7 ตำบล และอำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 4 ตำบล

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละตำบล เพื่อกระจายความเป็นตัวแทนของประชากร รายละเอียดจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างแสดงตามตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำบลที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

พื้นที่	จำนวน อสม. ทั้งหมด (คน)	สัดส่วนประชากร (ร้อยละ)	จำนวน อสม.ที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. อำเภอเมือง (รวม)	1573	45.14	316
- ตำบลนาจักร	170	10.81	34
- ตำบลช่อแฮ	139	8.84	28
- ตำบลบ้านถิ่น	182	11.57	37
- ตำบลทุ่งโฮ้ง	145	9.22	29
- ตำบลป่าเมต	185	11.76	37
- ตำบลทุ่งกวาว	141	8.96	28
- ตำบลร่องฟอง	122	7.76	25
- ตำบลแม่หล่าย	197	12.52	40
- ตำบลแม่คำมี	170	10.81	34
- ตำบลกาญจนนา	122	7.76	25
2. อำเภอสอง (รวม)	736	21.12	148
- ตำบลแดนชุมพล	79	10.73	16
- ตำบลนาหลวง	63	8.56	13
- ตำบลหัวเมือง	116	15.76	23
- ตำบลเตาปูน	170	23.10	34
- ตำบลลูนีเกด	84	11.41	17
- ตำบลทุ่งน้ำ	96	13.04	19
- ตำบลบ้านหนูน	92	12.50	19
- ตำบลนาไร่เดียว	36	10.73	7
3. อำเภอลอง (รวม)	809	23.21	162
- ตำบลหัวทุ่ง	145	17.92	29
- ตำบลทุ่งแล้ง	106	13.10	21
- ตำบลปากกาง	103	12.73	21
- ตำบลต้าเหล่า	93	11.50	19
- ตำบลผามอก	130	16.07	26
- ตำบลแม่ปาน	70	8.65	14
- ตำบลบ้านปิน	162	20.02	32

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

พื้นที่	จำนวน อสม. ทั้งหมด (คน)	สัดส่วนประชากร (ร้อยละ)	จำนวน อสม.ที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง (คน)
4. อำเภอหนองม่วงไข่ (รวม)	367	10.53	74
- ตำบลหนองม่วงไข่	141	38.42	28
- ตำบลวังหลวง	87	23.71	18
- ตำบลรัตนปัญญา	72	19.62	15
- ตำบลทุ่งแก้ว	67	18.26	14
รวมทั้งหมด	3485	100	700

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 7 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง ชุดที่ 2-7 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ผลการวิจัยในส่วนนี้ใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง

(0) เพศ

ชาย หญิง

(00) ศาสนา

พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ (กรุณาระบุ).....

2. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) โดยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามเพิ่มให้เหมาะสมกับบริบทของการวิจัย โดยทำการวัดใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. (อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย) ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติ 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก

ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากไม่ได้ปฏิบัติ ถึง ปฏิบัติ 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากไม่ได้ปฏิบัติ ถึง ปฏิบัติ 6-7 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 2) การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมด้านสุขภาพ วัดจากแบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ต่ำที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.74 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายชื่อ อยู่ระหว่าง 0.26-0.72 การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

เกณฑ์การประเมินระดับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้

ระดับมาก	หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.34-5.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน
ระดับต่ำ	หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน

ตัวอย่าง แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

ประเด็น: พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. (อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย)

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	6-7 วันต่อสัปดาห์	4-5 วันต่อสัปดาห์	3 วันต่อสัปดาห์	1-2 วันต่อสัปดาห์	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที					
2.					

ประเด็น: การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ

การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ	ระดับการมีส่วนร่วม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เสนอข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่างๆ ในเวทีการประชุมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ					
2.					

3. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ของอังสินันท์ อินทรกำแหง (2560) ประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือวัด โดยทำการวัดใน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.59-0.84 การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจากผู้ที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

เกณฑ์การประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้

ระดับมาก	หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.34-5.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน
ระดับต่ำ	หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน

ตัวอย่าง แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น					
2.					

4. **แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลตนเอง** เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับเจตคติ ร่วมกับประยุกต์ใช้แบบวัดของ อังสินันท์ อินทรกำแหง (2556) โดยนำมาปรับภาษาและสร้างข้อคำถามเพิ่มให้เหมาะสมกับบริบทของการวิจัย โดยทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า 2) ความรู้สึก และ 3) แนวโน้มการกระทำ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.72 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.20-0.87 การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่าง แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลตนเอง

ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง	ระดับทัศนคติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านรับประทานอาหารตามความพอใจ มากกว่า คำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ					
2.					

5. **แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ** เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.82 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.52-0.80 การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจาก ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากกว่า ผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่าง แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การกินอาหารประเภทผัก และผลไม้เป็นประจำทำให้ระบบขับถ่ายดี					
2.					

6. แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยทำการวัดใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การได้รับการสนับสนุนด้านสังคม และ 3) การได้รับสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ กรณีเป็นข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนจาก 1, 2, 3, 4 และ 5 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด กรณีเป็นข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนจาก 5, 4, 3, 2 และ 1 จากน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.61-0.78 การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมาก แสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่าง แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมฯ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ครอบครัวของท่านให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร โดยจะปรุงอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ					
2.					

7. แบบวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยสร้างข้อคำถามขึ้นจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประเมิณรวมค่า 5 ระดับ เพื่อวัดความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆ ความถี่ของการได้รับตั้งแต่ไม่ได้รับ (1 คะแนน) ถึง ได้รับ 6-7 วันต่อสัปดาห์ (5 คะแนน) โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.77 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.33-0.67 การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจากผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ตัวอย่าง แบบวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	ความถี่ของการได้รับข้อมูลข่าวสาร				
	6-7 วันต่อสัปดาห์	4-5 วันต่อสัปดาห์	3 วันต่อสัปดาห์	1-2 วันต่อสัปดาห์	ไม่ได้รับ
<ul style="list-style-type: none"> • ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จากสื่อดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด 					
1. โทรทัศน์					
2.					

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการสร้างเครื่องมือวัดตัวแปร และทำการหาคุณภาพเครื่องมือวัดประกอบด้วย 1) การหาคุณภาพเครื่องมือวัดรายข้อ ด้วยการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ 2) การหาคุณภาพเครื่องมือวัดทั้งฉบับ ด้วยการหาค่าความเชื่อมั่น และค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทำการศึกษาบริบทจริงจากการสัมภาษณ์กรณีศึกษา เพื่อทำความเข้าใจความหมายของตัวแปรที่แท้จริงและตรงตามทฤษฎี เพื่อนำมากำหนดเป็นตัวแปร และนำข้อมูลมาประกอบการสร้างข้อคำถาม โดยในการสร้างข้อคำถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง บางแบบวัดมีการประยุกต์จากแบบวัดของนักวิจัยที่ได้ดำเนินการวิจัยมาแล้วทั้งในและต่างประเทศ โดยสร้างข้อคำถามทุกแบบวัดบนพื้นฐานที่ตรงกับบริบทของการวิจัย

2. สร้างข้อคำถามวัดตัวแปรตามนิยามปฏิบัติการ กรณีที่เป็นการสร้างเครื่องมือวัดขึ้นใหม่ กรณีเป็นตัวแปรที่มีเครื่องมือวัดมาตรฐานที่สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ ผู้วิจัยนำเครื่องมือ

มาปรับให้เหมาะสมกับสภาพบริบทของการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาเป็น เครื่องมือฉบับร่าง

3. การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบวัดฉบับร่างให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและการวัด จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบการใช้ภาษา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของข้อความตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปร หลังจากผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และให้ความเห็น ข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวการปรับแก้ข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ตรงตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปรมากยิ่งขึ้น เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.50 (อรพินทร์ ชูชม. 2545) และทำการรวบรวมประเด็นข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แนวการปรับแก้จากผู้เชี่ยวชาญ มาทำการปรับแก้ข้อคำถามของแต่ละแบบวัดให้มีความสมบูรณ์ และทำการรวมข้อคำถามที่ถามในประเด็นเดียวกันรวมเข้าด้วยกัน แล้วจึงนำแบบวัดที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อทำการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด

4. การหาคุณภาพรายข้อ และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เพื่อทำการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อ กับคะแนนรวมของแบบวัดแต่ละองค์ประกอบ แล้วพิจารณาผลควบคู่กับการพิจารณาเนื้อหาเพื่อปรับข้อความ หากเป็นข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ และถ้าหากตัดข้อคำถามข้อนี้ออกไปก็จะทำให้ไม่กระทบ โครงสร้างของแบบตามทฤษฎีหรือนิยามปฏิบัติการแล้ว ถึงจะพิจารณาตัดข้อคำถามข้อนี้ออกไป โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยจะเลือกเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมเป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.30 มาใช้เป็นข้อคำถาม และทำการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับและรายองค์ประกอบ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดที่ยอมรับได้ต้องมีค่า 0.70 ขึ้นไป (รายละเอียดปรากฏตามภาคผนวก)

5. การหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง พิจารณาจากความกลมกลืนระหว่างโมเดลการวัดที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ใช้ดัชนีความกลมกลืนได้แก่ ค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสัดส่วนไคสแควร์ต่อค่าองศาความเป็นอิสระมีค่าไม่เกิน 5 ซึ่งแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี นอกจากนั้นยังมีดัชนีอื่นที่ใช้ร่วมในการพิจารณา

ได้แก่ ค่า Comparative Fit index (CFI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.90 ค่า Goodness of Fit Index (GFI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.90 ค่า Normed Fit Index (NFI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.90 ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ควรมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.08 ค่า Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) ควรมีค่าไม่เกิน 0.10 (Kline, 2005) สำหรับเกณฑ์การพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Hair; et.al, 2010) และค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1 (Schumacker; & Lomax, 2004) รายละเอียดปรากฏตามภาคผนวก

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมโดยสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์จึงได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า รวมถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น ดังนั้นในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจึงคำนึงถึงความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล โดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยและตอบแบบสอบถาม และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนต่างๆของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นความลับ รวมถึงการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะของภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดแพร่

3.2 ดำเนินการชี้แจงทำความเข้าใจแบบสอบถามกับผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน 900 ฉบับ คิดเป็น 1.3 เท่าของขนาดตัวอย่าง เพื่อชดเชยอัตราการตอบกลับที่อาจได้รับคืนมาต่ำกว่าเป้าหมายและชดเชยกรณีแบบสอบถามไม่ครบถ้วนถูกต้องและสมบูรณ์จากการตอบของกลุ่มเป้าหมาย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมด 756 ฉบับ (ร้อยละ 84.00) และเมื่อนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง พบว่าจำนวนของแบบสอบถามที่ใช้ได้จริงในการวิจัยครั้งนี้ คือ 692 ฉบับ (ร้อยละ 91.53)

แล้วจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวลงรหัสและบันทึกข้อมูล เพื่อเตรียมเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

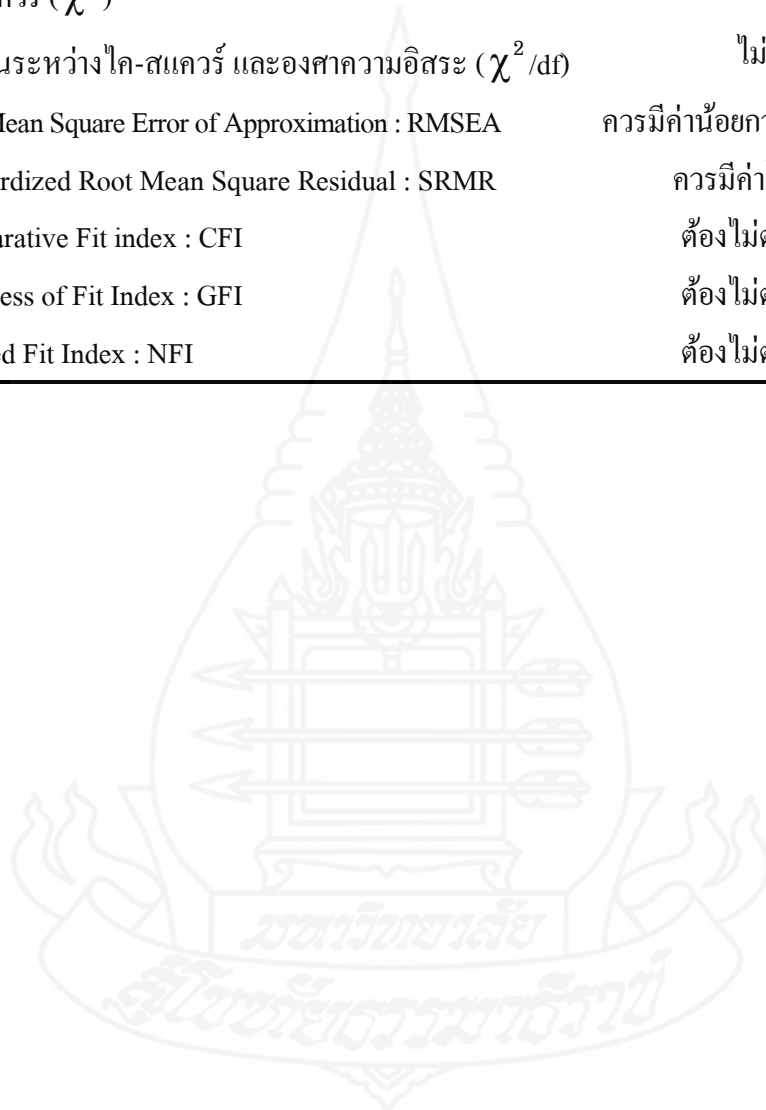
การศึกษาครั้งนี้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ตอน คือ

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยสถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ของตัวแปรสังเกต ที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อลักษณะการแจกแจงของตัวแปร และค่าความสัมพันธ์รายตัวแปร จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทราบถึงลักษณะความสัมพันธ์เบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการศึกษา

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทำการวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ค่าอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) และค่าอิทธิพลรวม (Total Effect) ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structure Equation Model: SEM) ผู้วิจัยแบ่งการประเมินรูปแบบออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินโดยภาพรวม ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติและดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์ (Model) โดยพิจารณาจากค่าดัชนีตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล ได้แก่ ค่า ไค-สแควร์ (χ^2) ค่าสัดส่วนระหว่างไค-สแควร์และองศาความอิสระ (χ^2/df) ค่า RMSEA ค่า SRMR ค่า CFI ค่า GFI และค่า NFI ตามแนวคิดของ ไคน์ (Kline, 2005) รายละเอียดแสดงตามตาราง 3.2 ส่วนการประเมินค่าพารามิเตอร์ในแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ผู้วิจัยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานมีค่า ไม่เกิน 1 (Schumacker; & Lomax, 2004)

ตารางที่ 3.2 ดัชนีบ่งชี้ความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนี	เกณฑ์ประเมิน
- ไค-สแควร์ (χ^2)	ควรมีนัยสำคัญทางสถิติ
- สัดส่วนระหว่างไค-สแควร์ และองศาความอิสระ (χ^2/df)	ไม่เกิน 5
- Root Mean Square Error of Approximation : RMSEA	ควรมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.08
- Standardized Root Mean Square Residual : SRMR	ควรมีค่าไม่เกิน 0.10
- Comparative Fit index : CFI	ต้องไม่ต่ำกว่า 0.90
- Goodness of Fit Index : GFI	ต้องไม่ต่ำกว่า 0.90
- Normed Fit Index : NFI	ต้องไม่ต่ำกว่า 0.90



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่” เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ (causal-comparative research) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ทดสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และค้นหาทิศทางและขนาดอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคม ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ และทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (Structure Equation Model : SEM) แบ่งการนำเสนอออกเป็น 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1: การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2: การวิเคราะห์ข้อมูลระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3: การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพ

ตอนที่ 4: การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

ตอนที่ 5: การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานการวิจัย

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการรายงานผลวิเคราะห์ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดแพร่ จำนวน 692 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงรายละเอียดตามตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

n = 692		
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	156	22.54
- หญิง	536	77.46
2. อายุ		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	2	0.29
- 21 – 30 ปี	7	1.01
- 31 – 40 ปี	43	6.21
- 41 – 50 ปี	177	25.58
- 51 – 60 ปี	326	47.11
- มากกว่า 60 ปี	137	19.80
ค่าต่ำสุด = 21 ปี ค่าสูงสุด = 77 ปี		
ค่าเฉลี่ย = 53.88 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.88		
3. ศาสนา		
- พุทธ	687	99.28
- คริสต์	5	0.72
- อิสลาม	-	-
4. ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	181	26.16
- 11 – 20 ปี	282	40.75
- 21 – 30 ปี	163	23.55
- 31 – 40 ปี	59	8.53

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

	n = 692	
ข้อมูลทั่วไป (n=692)	จำนวน	ร้อยละ
- มากกว่า 40 ปี	7	1.01
ค่าต่ำสุด = 0.5 ปี ค่าสูงสุด = 47 ปี		
ค่าเฉลี่ย = 17.79 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.64		
5. ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ประถมศึกษา	105	15.17
- มัธยมศึกษาตอนต้น	149	21.53
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	294	42.49
- อนุปริญญา/ปวส.	58	8.38
- ปริญญาตรี	83	11.99
- สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.43
6. อาชีพหลัก		
- ทำไร่ ทำนา ทำสวน	313	45.23
- รับจ้างทั่วไป	115	16.62
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	169	24.42
- รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	0.58
- พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	2	0.29
- นักเรียน/นักศึกษา	1	0.14
- อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพเป็นแม่บ้าน	72	10.40
- อื่นๆ	16	2.31
7. มีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัวโดยเฉลี่ย เดือนละ		
- ไม่มีรายได้	17	2.46
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	295	42.63
- 5,000-10,000 บาท	251	36.27
- 10,001-15,000 บาท	61	8.82
- 15,001-20,000 บาท	27	3.90
- 20,001-25,000 บาท	13	1.88

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

n = 692		
ข้อมูลทั่วไป (n=692)	จำนวน	ร้อยละ
- 25,001-30,000 บาท	12	1.73
- 30,001 บาท ขึ้นไป	16	2.31
ค่าต่ำสุด = 0 บาท (ไม่มีรายได้) ค่าสูงสุด = 60,000 บาท		
ค่าเฉลี่ย = 8,439.22 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7,510.41		

จากตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)จังหวัดแพร่ จำนวน 692 คน พบว่า

1. เพศ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 77.46 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 22.54 เป็นเพศชาย

2. อายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 47.11 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มีจำนวนมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 25.58 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 19.80 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 6.21 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 1.01 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี และร้อยละ 0.29 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีอายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 77 ปี อายุเฉลี่ย 53.88 ปี

3. ศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 99.28 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 0.72 นับถือศาสนาคริสต์

4. ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 40.75 มีระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11-20 ปี มากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 26.16 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 23.55 16 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 21-30 ปี โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่ำสุด 0.5 ปี สูงสุด 47 ปี ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 17.70 ปี

5. ระดับการศึกษาสูงสุด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 42.49 จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. รองลงมา ร้อยละ 21.23 จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 15.17 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 11.99 จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 8.38 จบการศึกษาสูงสุดระดับอนุปริญญา/ปวส. และร้อยละ 0.43 จบการศึกษาสูงสุดระดับสูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 45.23 ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน มากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 24.42 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 2.31 ประกอบอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 16.62 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 10.40 ไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 0.58 ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.29 ประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน และร้อยละ 0.14 ประกอบอาชีพนักเรียน/นักศึกษา

7. รายได้จากทุกแหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 46.63 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 36.27 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 8.28 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 3.90 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 2.46 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 2.31 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 1.88 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001-25,000 บาท และร้อยละ 1.73 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,001-30,000 บาท โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 0 บาท (ไม่มีรายได้) สูงสุด 60,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,439.22 บาท



ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 2 เป็นการรายงานผลที่แสดงให้เห็นถึงระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายละเอียดตามตารางที่ 4.2 ตารางที่ 4.3 และ ตารางที่ 4.4) ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายข้อ รายองค์ประกอบ และโดยรวม

องค์ประกอบ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ					\bar{X} (S.D)	ความหมาย
	1	2	3	4	5		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ						4.03 (0.55)	มาก
- ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่ฉันกังวลอยู่ได้	4 (0.58)	5 (0.72)	139 (20.09)	382 (55.20)	162 (23.41)	4.00 (0.72)	มาก
- ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น	4 (0.58)	4 (0.58)	129 (18.64)	355 (51.30)	200 (28.90)	4.07 (0.74)	มาก
- ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพเสมอเพื่อฉันจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี	1 (0.14)	5 (0.72)	103 (14.88)	373 (53.90)	210 (30.35)	4.14 (0.69)	มาก
- ฉันสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือในด้านสุขภาพของฉัน	-	6 (0.87)	150 (21.68)	385 (55.64)	151 (21.82)	3.98 (0.69)	มาก
- ฉันสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ฉันหรือคนในครอบครัวของฉันเป็นอยู่	1 (0.14)	11 (1.59)	154 (22.25)	375 (54.19)	151 (21.82)	3.96 (0.72)	มาก

n = 692

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

n = 692

องค์ประกอบ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ					\bar{X} (S.D)	ความหมาย
	1	2	3	4	5		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการ สุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ						4.00 (0.52)	มาก
- ฉันสามารถกรอกข้อมูลด้าน สุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์ม ของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้	1 (0.14)	1 (0.14)	152 (21.97)	383 (55.35)	155 (22.40)	4.00 (0.68)	มาก
- ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ ในคู่มือ เอกสารหรือ แผ่นพับ ที่ เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแล รักษาสุขภาพได้	2 (0.29)	5 (0.72)	157 (22.69)	366 (52.89)	162 (23.41)	3.98 (0.72)	มาก
- ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูล ด้านสุขภาพจากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมที่ใช้งานบนมือถือ เช่น เฟซบุท ไลน์ และสื่อออนไลน์ / อินเทอร์เน็ต	2 (0.29)	11 (1.59)	139 (20.09)	363 (52.46)	177 (25.58)	4.01 (0.74)	มาก
- ฉันรู้และเข้าใจในข้อมูลด้าน สุขภาพที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ต เพื่อสุขภาพ	1 (0.14)	6 (0.87)	134 (19.36)	390 (56.36)	161 (23.27)	4.02 (0.69)	มาก
- ฉันรู้และเข้าใจในคำอธิบายของผู้ ให้บริการสุขภาพ	- (-)	2 (0.29)	131 (18.93)	424 (61.27)	135 (19.51)	4.00 (0.63)	มาก
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการ สุขภาพ						4.05 (0.53)	มาก
- ก่อนที่ฉันจะตัดสินใจเลือกแหล่ง บริการสุขภาพ ฉันจะสอบถาม ความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และคนในครอบครัวก่อน	- (-)	6 (0.87)	92 (13.29)	415 (59.97)	179 (25.87)	4.11 (0.64)	มาก

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

n = 692

องค์ประกอบ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ					\bar{X} (S.D)	ความหมาย
	1	2	3	4	5		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
- ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	1 (0.14)	10 (1.45)	171 (24.71)	367 (53.03)	143 (20.66)	3.93 (0.72)	มาก
- เมื่อมีข้อมูลด้านสุขภาพใหม่เข้ามา ฉันจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	2 (0.29)	11 (1.59)	112 (16.18)	377 (54.48)	190 (27.46)	4.07 (0.72)	มาก
- ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ	1 (0.14)	13 (1.88)	101 (14.60)	390 (56.36)	187 (27.02)	4.08 (0.71)	มาก
- ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งใด เพื่อนามายืนยันข้อมูลนั้น ก่อนที่จะเชื่อและทำตาม	1 (0.14)	11 (1.59)	143 (20.66)	380 (54.91)	157 (22.69)	3.98 (0.71)	มาก
- ฉันมักสอบถาม หรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพ เกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติในด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะทำตาม	- (-)	11 (1.59)	90 (13.01)	393 (56.79)	198 (28.61)	4.12 (0.68)	มาก
4. การสื่อสารด้านสุขภาพ						3.92 (0.59)	มาก
- ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่จะให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ฉันได้	4 (0.58)	24 (3.47)	166 (23.99)	361 (52.17)	137 (19.80)	3.87 (0.78)	มาก
- ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่เป็นທີ່ปรึกษาได้ในช่วงที่ฉันมีปัญหาสุขภาพ	5 (0.72)	26 (3.76)	153 (22.11)	362 (52.31)	146 (21.10)	3.89 (0.80)	มาก

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

n = 692

องค์ประกอบ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ					\bar{X} (S.D)	ความหมาย
	1	2	3	4	5		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
- ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย1คนที่ฉันไว้วางใจให้เป็นที่พึ่งหรือที่ปรึกษาด้านสุขภาพได้	8 (1.16)	23 (3.32)	160 (23.12)	356 (51.45)	145 (20.95)	3.88 (0.81)	มาก
- ฉันสามารถซักถามสิ่งที่ฉันเป็นกังวลหรือต้องการรู้กับผู้ให้บริการสุขภาพได้	3 (0.43)	16 (2.31)	152 (21.97)	383 (55.35)	138 (19.94)	3.92 (0.74)	มาก
- ฉันสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพได้	2 (0.29)	10 (1.45)	177 (25.58)	387 (55.92)	116 (16.76)	3.87 (0.70)	มาก
- ฉันซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น	1 (0.14)	8 (1.16)	119 (17.20)	405 (58.53)	159 (22.98)	4.03 (0.68)	มาก
- ฉันสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายข้อสงสัยได้	4 (0.58)	11 (1.59)	129 (18.64)	399 (57.66)	149 (21.53)	3.98 (0.72)	มาก
5. การจัดการสุขภาพตนเอง						4.01 (0.57)	มาก
- ฉันให้เวลากับการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพตนเองเป็นอย่างมาก	- (-)	15 (2.17)	162 (23.41)	371 (53.61)	144 (20.81)	3.93 (0.72)	มาก
- ฉันวางแผนในการทำกิจกรรมสุขภาพที่จำเป็น เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง	2 (0.29)	16 (2.31)	157 (22.69)	380 (54.91)	137 (19.80)	3.92 (0.73)	มาก
- ถึงแม้ว่าฉันจะมีภารกิจมาก แต่ฉันก็ยังสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้	2 (0.29)	11 (1.59)	154 (22.25)	378 (54.62)	147 (21.24)	3.95 (0.72)	มาก

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

n = 692

องค์ประกอบ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ					\bar{X} (S.D)	ความหมาย
	1	2	3	4	5		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
- นันทนั้งสังเกตความผิดปกติของร่างกายจิตใจตนเองเพื่อคอยกำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น	1 (0.14)	5 (0.72)	94 (13.58)	388 (56.07)	204 (29.48)	4.14 (0.67)	มาก
- นันทนั้งปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้นันทนั้งอยู่ในสถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีได้	- (-)	6 (0.87)	107 (15.46)	386 (55.78)	193 (27.89)	4.11 (0.68)	มาก
- นันทนั้งเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพกับผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ	- (-)	16 (2.31)	121 (17.49)	384 (55.49)	171 (24.71)	4.03 (0.72)	มาก
ความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม						4.00 (0.45)	มาก

จากตารางที่ 4.2 แสดงระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ โคนนำคะแนนเฉลี่ย รายข้อคำถาม รายองค์ประกอบ และโดยรวม มาจัดระดับตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) พบว่า ภาพรวมจังหวัดแพร่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 4.00) เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.03) เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพรายประเด็น/รายข้อคำถาม ตามองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ทุกประเด็น/รายข้อคำถาม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์ อยู่ระหว่าง 3.34-5.00

2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.00) เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพรายประเด็น/รายข้อคำถาม ตามองค์ประกอบด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ พบว่า ทุกประเด็น/รายข้อคำถาม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์ อยู่ระหว่าง 3.34-5.00

3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.05) เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพรายประเด็น/รายข้อคำถาม ตามองค์ประกอบด้านการตรวจสอบ

ข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ทุกประเด็น/รายข้อคำถาม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์ อยู่ระหว่าง 3.34-5.00

4. การสื่อสารด้านสุขภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.92) เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพรายประเด็น/รายข้อคำถาม ตามองค์ประกอบด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ พบว่า ทุกประเด็น/รายข้อคำถาม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์ อยู่ระหว่าง 3.34-5.00

5. การจัดการสุขภาพตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.01) เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพรายประเด็น/รายข้อคำถาม ตามองค์ประกอบด้านการจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า ทุกประเด็น/รายข้อคำถาม อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของเบสท์ อยู่ระหว่าง 3.34-5.00

6. เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระดับคะแนน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 94.40 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ

n = 692				
ช่วงคะแนน	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
- น้อยกว่า 1.68 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม	ต่ำ	-	0	0
- 1.68-3.33 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม	ปานกลาง	3.10	39	5.60
- 3.34 คะแนนขึ้นไป หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม	มาก	4.05	653	94.40

ตารางที่ 4.4 สรุประดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายองค์ประกอบ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

n = 692

ลำดับ	ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ความหมาย
1	การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.03	0.55	มาก
2	การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ	4.00	0.52	มาก
3	การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.05	0.53	มาก
4	การสื่อสารด้านสุขภาพ	3.92	0.59	มาก
5	การจัดการสุขภาพตนเอง	4.01	0.57	มาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม		4.00	0.45	มาก

จากตารางที่ 4.4 สรุประดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายองค์ประกอบ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดแพร่ พบว่า องค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.03) องค์ประกอบการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.00) องค์ประกอบการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.05) องค์ประกอบการสื่อสารด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.92) และองค์ประกอบการจัดการสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.01) โดยมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.00)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 3 เป็นการรายงานผลที่แสดงให้เห็นถึงระดับของพฤติกรรมสุขภาพ (รายละเอียดตามตารางที่ 4.5 และ ตารางที่ 4.6) ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ รายข้อ และโดยรวม

ประเด็น	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ					\bar{X} (S.D)	ความหมาย
	1	2	3	4	5		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
พฤติกรรมสุขภาพ						3.51	มาก
						(1.02)	
- กินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอ	16	105	197	257	117	3.51	มาก
วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	(2.31)	(15.17)	(28.47)	(37.14)	(16.91)	(1.02)	
- ควบคุมการกิน โดยทุกมื้อจะ	19	67	153	255	198	3.79	มาก
คำนึงถึงประโยชน์และปริมาณ	(2.75)	(9.68)	(22.11)	(36.85)	(28.61)	(1.05)	
พลังงานของอาหารที่ได้รับ							
พอเพียงกับสภาพร่างกายตนเอง							
- ทำงานหรือเคลื่อนไหวร่างกาย	11	74	153	259	195	3.80	มาก
ต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก	(1.59)	(10.69)	(22.11)	(37.43)	(28.18)	(1.02)	
- ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึก	27	108	238	160	159	3.46	มาก
เหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที	(3.90)	(15.61)	(34.39)	(23.12)	(22.98)	(1.12)	
- เมื่อเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิดแล้ว	109	339	113	92	39	2.44	ปานกลาง
ใช้เวลาวันที่จะผ่อนคลายลงได้	(15.75)	(48.99)	(16.33)	(13.29)	(5.64)	(1.08)	
- จัดการกับปัญหาของตนเองได้	51	211	99	153	178	3.28	ปานกลาง
อย่างเหมาะสม โดยไม่ส่งผล	(7.37)	(30.49)	(14.31)	(22.11)	(25.72)	(1.33)	
กระทบต่อตนเองและผู้อื่น							
- การเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เสนอ	7	13	66	225	381	3.93	มาก
ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่างๆ ใน	(1.01)	(1.88)	(9.54)	(32.51)	(55.06)	(0.83)	
เวทีการประชุมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ							

n = 692

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

n = 692

ประเด็น	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ					\bar{X} (S.D)	ความหมาย
	1	2	3	4	5		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
- การเข้ารับบริการสุขภาพตาม เกณฑ์ เช่น คัดกรองความเสี่ยง โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การตรวจหาโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การรับวัคซีน ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	6 (0.87)	24 (3.47)	157 (22.69)	329 (47.54)	176 (25.43)	4.39 (0.81)	มาก
- การเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์ เกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ เช่น การ รณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ รณรงค์ป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก รณรงค์ต่อต้าน ปัญหายาเสพติด เป็นต้น	- (-)	5 (0.72)	42 (6.07)	268 (38.73)	377 (54.48)	4.47 (0.64)	มาก
- การเข้าร่วมเป็นทีมงาน/แกนนำ ในการดำเนินกิจกรรมทางด้าน สุขภาพ เช่น แกนนำด้านการออก กำลังกาย แกนนำด้านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพประจำ ตำบล คณะกรรมการกองทุน หลักประกันสุขภาพตำบล เป็นต้น	3 (0.43)	14 (2.02)	131 (18.93)	285 (41.18)	259 (37.43)	4.13 (0.82)	มาก
- การเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็น มาตรการทางสังคมในการดูแล สุขภาพ เช่น งานศพปลอดเหล้า หมู่บ้านปลอดบุหรี่ หมู่บ้านปลอด ลูกน้ำ หมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค เป็นต้น	2 (0.29)	14 (2.02)	105 (15.17)	295 (42.63)	276 (39.88)	4.20 (0.79)	มาก

จากตารางที่ 4.5 แสดงระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ โคนนำคะแนนเฉลี่ย รายประเด็น/ข้อคำถาม และโดยรวม มาจัดระดับตามแนวคิดของเบสท์ (Best. 1981) พบว่า ภาพรวมจังหวัดแพร่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย 3.76) เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า

1. ประเด็น/ข้อคำถามที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ กินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม (เฉลี่ย 3.51) ควบคุมการกิน โดยทุกมื้อจะคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับพอเพียงกับสภาพร่างกายตนเอง (เฉลี่ย 3.79) ทำงานหรือเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก (เฉลี่ย 3.80) ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 30 นาที (เฉลี่ย 3.46) การเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เสนอข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่างๆ ในเวทีการประชุมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ (เฉลี่ย 3.93) การเข้ารับบริการสุขภาพตามเกณฑ์ เช่น คัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การตรวจหาโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (เฉลี่ย 4.39) การเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ เช่น การรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รณรงค์ต่อต้านปัญหายาเสพติด เป็นต้น (เฉลี่ย 4.47) การเข้าร่วมเป็นทีมงาน/แกนนำ ในการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น แกนนำด้านการออกกำลังกาย แกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพประจำตำบล คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นต้น (เฉลี่ย 4.13) และการเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นมาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ เช่น งานศพปลอดเหล้า หมู่บ้านปลอดเหล้า หมู่บ้านปลอดบุหรี่ หมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค เป็นต้น (เฉลี่ย 4.20)

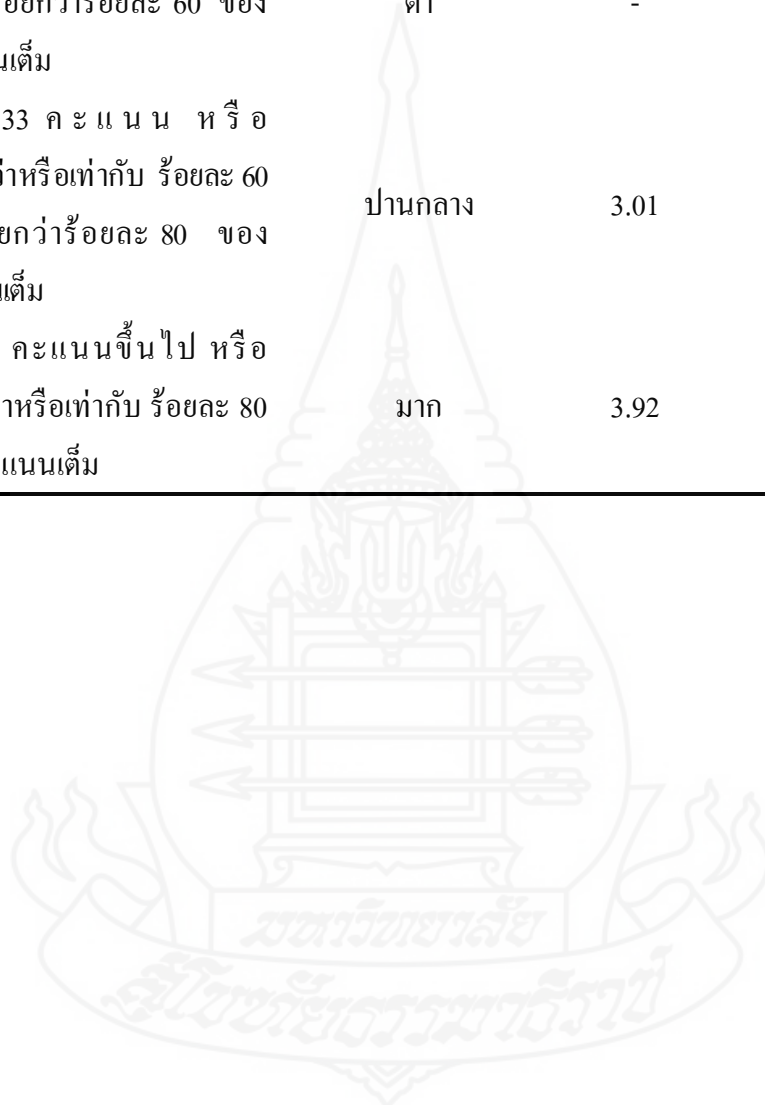
2. ประเด็น/ข้อคำถามที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ เมื่อเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิดแล้วใช้เวลาานที่จะผ่อนคลายลงได้ (เฉลี่ย 2.44) และจัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น (เฉลี่ย 3.28)

3. เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระดับคะแนน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.10 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ

n = 692

ช่วงคะแนน	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
- น้อยกว่า 1.68 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ คะแนนเต็ม	ต่ำ	-	0	0
- 1.68-3.33 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ของ คะแนนเต็ม	ปานกลาง	3.01	117	16.90
- 3.34 คะแนนขึ้นไป หรือ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม	มาก	3.92	575	83.10



ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์แบบจำลอง โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ 2 ประเด็น คือ การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร และการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

4.1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร ว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) ผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบลักษณะการแจกแจง ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการโครงสร้างหรือไม่ ซึ่งข้อมูลต้องมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหลายตัวแปร โดยทำการแปลงข้อมูลให้เป็นโค้งปกติมากขึ้น และพบว่า ภายหลังจากแปลงค่าตัวแปรให้เป็นคะแนนมาตรฐานพบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรภายหลังจากแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน

n = 692					
ตัวแปร	Mean	SD	skewness	kurtosis	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (if)	20.16	2.76	-0.08	-0.27	0.20
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ (ud)	20.01	2.62	-0.05	-0.02	0.46
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (iv)	24.30	3.18	-0.07	-0.21	0.39
4. การสื่อสารด้านสุขภาพ (cu)	27.45	4.11	-0.06	-0.20	0.44
5. การจัดการสุขภาพตนเอง (am)	24.08	3.41	-0.06	-0.18	0.52
6. ความรู้สึกเชิงประเมินค่า (cog)	10.95	2.70	-0.08	-0.26	0.28
7. ความรู้สึก (affi)	16.78	2.11	-0.10	-0.31	0.09
8. ความพร้อมกระทำ (pre)	12.53	.34	-0.34	-0.59	0.01
9. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ (pb)	17.68	5.58	0.15	-0.40	0.01
10. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emo)	12.43	1.84	-0.16	-0.40	0.01
11. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (new)	8.18	1.27	-0.18	-0.35	0.01
12. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (res)	12.50	1.89	-0.21	-0.51	0.01

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

n = 692

ตัวแปร	Mean	SD	skewness	kurtosis	p-value
13. การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (in)	31.11	6.25	-0.02	-0.10	0.86
14. พฤติกรรมสุขภาพ (bh)	36.11	6.73	-0.00	-0.02	1.00

4.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นโดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวแปร (Bivariate relationship) ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ คู่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสนับสนุนด้านอารมณ์และตัวแปรการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.74 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมาคือ คู่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและตัวแปรการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.67 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคู่ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความพร้อมกระทำ และตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.04 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของข้อมูลที่น่าไปใช้ในการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไม่ควรมีค่าสูงกว่า 0.85 ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) (Kline, 2005) ผลจากการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ของการวิจัยครั้งนี้ พบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกค่า มีค่าต่ำกว่า 0.85 ดังนั้น ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์สมการ โครงสร้างต่อไป รายละเอียดแสดงตามตาราง 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

n = 692

ตัวแปร	if	ud	iv	cu	am	cog	affi	pre	Pb	emo	new	res	in	tbh
if	1.00													
ud	0.67*	1.00												
iv	0.57*	0.62*	1.00											
cu	0.51*	0.60*	0.64*	1.00										
am	0.53*	0.56*	0.53*	0.57*	1.00									
cog	0.14*	0.14*	0.16*	0.05	0.08*	1.00								
affi	0.33*	0.35*	0.37*	0.33*	0.42*	0.27*	1.00							
pre	0.12*	0.10*	0.15*	0.09*	0.16*	0.26*	0.30*	1.00						
pb	-0.31*	-0.36*	-0.41*	-0.33*	-0.34*	-0.21*	-0.46*	-0.17*	1.00					
emo	0.31*	0.29*	0.32*	0.35*	0.44*	0.09*	0.38*	0.15*	-0.44*	1.00				
new	0.32*	0.30*	0.33*	0.37*	0.43*	0.06	0.35*	0.16*	-0.38*	0.74*	1.00			
res	0.32*	0.34*	0.39*	0.38*	0.41*	0.10*	0.39*	0.24*	-0.48*	0.59*	0.57*	1.00		
in	0.29*	0.28*	0.24*	0.30*	0.35*	-0.05	0.23*	0.04	-0.18*	0.34*	0.29*	0.31*	1.00	
tbh	0.20*	0.15*	0.13*	0.08*	0.22*	0.20*	0.08*	0.09*	-0.13*	0.18*	0.19*	0.12*	0.15*	1.00

if: การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ud: การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

iv: การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ

cu: การสื่อสารด้านสุขภาพ

am: การจัดการสุขภาพตนเอง

cog: ความรู้สึกเชิงประเมินค่า

affi: ความรู้สึก

pre: ความพร้อมกระทำ

pb: การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

emo: การสนับสนุนด้านอารมณ์

new: การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

res: การสนับสนุนด้านทรัพยากร

in: การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

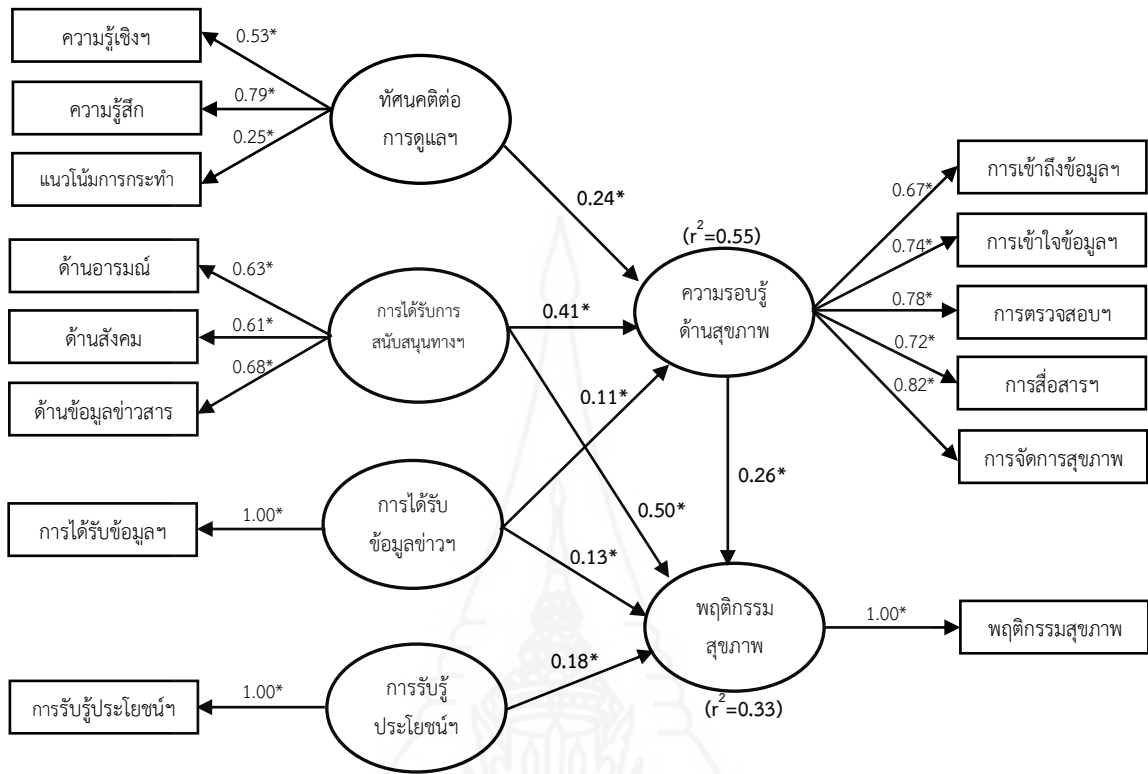
tbh: พฤติกรรมสุขภาพ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้น ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ตามสมมุติฐานหลัก พบว่า ค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ $\chi^2 = 223.58$, $df = 67$, $p\text{-value} = 0.00$, $\chi^2/df = 3.337$, $RMSEA = 0.082$, $SRMR = 0.059$, $CFI = 0.96$, $NFI = 0.95$, $GFI = 0.92$ ซึ่งค่าดัชนีดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ารูปแบบความสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้น ไม่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เนื่องจากค่า ไค-สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ค่าดัชนีความกลมกลืนอื่นยังมีค่าที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ค่า $RMSEA$ ควรมีค่าไม่เกิน 0.08 และค่า $SRMR$ ควรมีค่าไม่เกิน 0.10 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ เพื่อให้ค่าดัชนีความกลมกลืนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยปรับให้เศษเหลือ (error) ของตัวแปรสังเกตบางค่าให้มีความสัมพันธ์กัน

ผลการประมาณค่ารูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมุติฐานหลัก หลังการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ $\chi^2 = 108.70$, $df = 63$, $p\text{-value} = 0.00$, $\chi^2/df = 1.72$, $RMSEA = 0.046$, $SRMR = 0.035$, $CFI = 0.99$, $NFI = 0.97$, $GFI = 0.96$ ถึงแม้ว่าค่า ไค-สแควร์ จะมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจเนื่องมาจาก 1) ความซับซ้อนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก 2) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และ 3) ค่าไค-สแควร์ เป็นค่าที่มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normality) (Kline, 2005) ดังนั้น จึงพิจารณาดัชนีความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุจากค่าอื่น พบว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่าทั้งนี้ ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ ได้แก่ ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม แสดงรายละเอียดตาม ตาราง 4.8 และภาพที่ 4.1 ดังนี้



ภาพที่ 4.1 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่



ตารางที่ 4.9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม ระหว่างตัวแปรสาเหตุ และตัวแปรผล

n = 692

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล					
	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r^2=0.55$)			พฤติกรรมสุขภาพ ($r^2=0.33$)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง	0.24*	-	0.24*	-	0.06	0.06
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมฯ	0.50*	-	0.50*	0.41*	0.13*	0.54*
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	0.11*	-	0.11*	0.13*	0.03	0.16*
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	-	-	-	0.18*	-	0.18*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-	-	-	0.26*	-	0.26*

$\chi^2=108.70$, $df=63$, $p\text{-value}=0.00$, $\chi^2/df=1.72$, $RMSEA=0.046$, $SRMR=0.035$, $CFI=0.99$, $NFI=0.97$, $FI=0.96$

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct effect)

IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)

TE หมายถึง อิทธิพลโดยรวม (Total effect)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพที่ 4.1 และตาราง 4.9 พบว่า ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.50, 0.13, 0.18 และ 0.26 ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งสี่ สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 33.00 ตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.24, 0.41 และ 0.11 ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งสาม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ร้อยละ 55.00 ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.13 ส่วนตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ และตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานหลักของการวิจัย พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ตามสมมติฐานหลักมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 108.70$, $df=63$, $p\text{-value}=0.00$, $\chi^2/df= 1.72$, $RMSEA=0.046$, $SRMR 0.035$, $CFI= 0.99$, $NFI=0.97$, $GFI=0.96$) ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวจึงสนับสนุนสมมติฐานหลักของการวิจัย ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบสมมติฐานการวิจัยย่อยมีรายละเอียดดังนี้

1. สมมติฐานย่อยข้อที่ 1 “การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ” ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.50, 0.13, 0.18 และ 0.26 ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งสิ้น สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 33.00 ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐานย่อยข้อที่ 1

2. สมมติฐานย่อยข้อที่ 2 “ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.24, 0.41 และ 0.11 ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งสาม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ร้อยละ 55.00 ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐานย่อยข้อที่ 2

3. สมมติฐานย่อยข้อที่ 3 “ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.13 ส่วนตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลตนเอง และตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐานย่อยข้อที่ 3 บางส่วน

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบสาเหตุ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ทดสอบแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และค้นหาทิศทางและขนาดอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคม ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนดูรา (Bandura, A. 1986) ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ 1) ตัวแปรแฝงภายนอก ได้แก่ 1.1) กลุ่มตัวแปรด้านบุคคล หรือคุณลักษณะทางจิต ประกอบด้วยทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ 1.2) กลุ่มตัวแปรด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 2) ตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่ 2.1) ตัวแปรต้นกลาง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2.2) ตัวแปรผล คือ พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของจังหวัดแพร่ จำนวน 692 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ มาร์ช และคนอื่นๆ (Marsh et al., 1994) และทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling) มีรายละเอียดสรุปและอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป: กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ จำนวน 692 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.46) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 47.11) ส่วนใหญ่เข้ามาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 11-20 ปี (ร้อยละ 40.75) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 99.28) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 42.49) ประกอบอาชีพทำ

ไว้ ทำนา ทำสวน มากที่สุด (ร้อยละ 45.23) โดยมีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเอง และครอบครัว โดยเฉลี่ยเดือนละ ต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 42.63)

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: เครื่องมือสำหรับวัดตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดทัศนคติต่อการดูแลตนเอง แบบวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ ของการปฏิบัติ แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแบบวัดการได้รับ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.74, 0.93, 0.72, 0.82, 0.90 และ 0.77 ตามลำดับ

3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ เมื่อพิจารณาจากคะแนนรวมเฉลี่ยที่ได้จากแบบสอบถาม แล้วนำมาจัดระดับตามแนวคิดของเบสท์ (Best, J. 1981) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.34-5.00 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มี คะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน และระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมจังหวัดแพร่ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.00 (SD=0.45) และมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (SD=0.79)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานหลักของการวิจัย พบว่า รูปแบบ ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ พบว่ารูปแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิง ประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ ค่า $\chi^2 = 108.70$, $df=63$, $p\text{-value}=0.00$, $\chi^2/df = 1.72$, $RMSEA=0.046$, $SRMR 0.035$, $CFI= 0.99$, $NFI=0.97$, $GFI=0.96$ ผลจากการทดสอบตามสมมติฐาน ย่อย พบว่า

4.1 สมมุติฐานย่อยข้อที่ 1 “การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ” ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรการได้รับการ สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.50, 0.13, 0.18 และ 0.26 ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งสิ้น

สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 33.00 ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐานย่อยข้อที่ 1

4.2 สมมติฐานย่อยข้อที่ 2 “ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพ” ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.24, 0.41 และ 0.11 ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งสาม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้ด้านสุขภาพ ได้ร้อยละ 55.00 ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐานย่อยข้อที่ 2

4.3 สมมติฐานย่อยข้อที่ 3 “ทัศนคติต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ” ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.13 ส่วนตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลตนเอง และตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยจึงยอมรับสมมติฐานย่อยข้อที่ 3 บางส่วน

2. อภิปรายผล

จากการทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลที่พัฒนาขึ้นว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ พบว่า ค่าไค-สแควร์ มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจเนื่องมาจาก 1) ความซับซ้อนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก 2) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และ 3) ค่าไค-สแควร์ เป็นค่าที่มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normality) (Hair, Jr.; Joseph F.; & et al., 2010) ดังนั้น จึงพิจารณาค่าดัชนีความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลจากค่าดัชนีอื่น พบว่า อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่าและพบว่าเส้นอิทธิพลภายในรูปแบบความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกเส้น ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานย่อยของการวิจัยทุกข้อ ทั้งนี้ เพราะการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ของแบนคูรา

(Bandura, 1986) ที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล แนวคิดพื้นฐานของแบนดูรา เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยเน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงไม่ได้มาจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังกล่าว เพื่อกำหนดกลุ่มตัวแปรเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงของตัวแปรในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ พบว่า

1. ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรทั้งสาม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้ด้านสุขภาพ ได้ร้อยละ 55.00 และเมื่อพิจารณารายตัวแปรที่ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

“ทักษะคิดต่อการดูแลตนเองมีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.24” โดยที่ทัศนคตินั้นเป็นเรื่องของจิตใจ ทำให้ ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของบุคคล ที่มีต่อข้อมูลข่าวสาร และการเปิดรับรายการกรองสถานการณ์ที่ได้รับมา เป็นไปได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ทักษะคิดส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมต่างๆของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ ข้อค้นพบจากการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างทักษะคิดที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลแสวงหาความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเป็นข้อมูลนำเข้าในการพิจารณาและแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ การตัดสินใจใช้ข้อมูลคุณภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ วัชรพร เชนสุวรรณ (2560) ที่ได้ทำการประมวลเอกสารแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ และได้นำเสนอบทความเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล” ลงในวารสารแพथันวิ โดยได้นำเสนอถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพว่าแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคล และปัจจัยระดับสังคม โดยปัจจัยแต่ละระดับมีตัวแปรย่อยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพหลายตัวแปร ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเชื่อและทัศนคติเป็นหนึ่งในปัจจัยย่อยที่อยู่ในปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูวดี งอมสงัด, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และ พรนภา หอมสินธุ์ (2562) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้

ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิงจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าทัศนคติเป็นหนึ่งในตัวแปรที่ร่วมทำนายความแปรปรวนความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

“การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.50”

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้การสนับสนุนของบุคคลจากสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้ง 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยบุคคลจะรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวให้ความห่วงใย รับฟังความรู้สึก เข้าใจ และคอยเป็นกำลังใจ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยบุคคลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ รวมถึงกิจกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ และ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ โดยบุคคลจะรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ได้ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ สิ่งของ สนับสนุนด้านการเงิน และเสียสละเวลา ในการกระทำที่สนับสนุนให้บุคคลได้ปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากเท่าไร ยิ่งช่วยส่งเสริมให้มีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นเรื่องของการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้น จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก (Jacobson, 1986) ซึ่งคนทั่วไปต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่คนทั่วไปปรารถนา (Scafer; Coyne; & Lazarus, 1981; Brandt; & Weinert, 1981) ข้อค้นพบจากการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Michael K. Paasche-Orlow & Michael S. Wolf. (2007) ได้เสนอบทความเรื่อง “เส้นทางความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ” โดยทำการศึกษาผ่านการวิเคราะห์งานวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้สร้างเป็นกรอบความคิดเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ได้แสดงให้เห็นถึงกรอบความคิดเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่าปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลที่สำคัญประการหนึ่งคือการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ อังสินันท์ อินทรกำแหง (2560) ที่ได้ทำการประมวลสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีตที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความตระหนักในด้านสุขภาพและความสามารถส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ

และการสนับสนุนแหล่งข้อมูลและการสื่อสารสุขภาพจากเพื่อน ครอบครัว ชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

“การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.11” ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการสื่อสาร เป็นการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ โดยอาศัยกระบวนการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้ ทักษะคติ ประสบการณ์และการปฏิบัติระหว่างกันและกัน จากบุคคลสู่บุคคล กลุ่มบุคคล หรือสาธารณะเพื่อให้เกิดผลสนองตามตรงตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ข่าวสารนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆของบุคคล ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อบุคคลนั้นต้องการข้อมูลในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นอกจากนั้นข่าวสารยังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เปิดรับความทันสมัย สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ของโลกปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ รวมถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและหลากหลายเป็นปัจจัยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่บุคคล ทำให้สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือผู้ให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อค้นพบจากการวิจัยดังกล่าวนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ สุริย์ ธรรมิกบวร (2551) ที่ได้ทำการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามหลักการของ วอคเกอร์และเอแวน (Walker LO. & Avant KC.) โดยได้เสนอไว้ในบทความเรื่อง “การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด” พบว่าปัจจัยเงื่อนไขการรอบรู้สุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งคือ การมีกลไกทางสังคมในการเปิดโอกาสให้บุคคล ชุมชน เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร เขยสุวรรณ (2560) ได้ทำการประมวลเอกสารแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ และได้นำเสนอบทความเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล” ลงในวารสารแพथันาวี ซึ่งได้นำเสนอถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพว่าแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคลและปัจจัยระดับสังคม ปัจจัยแต่ละระดับมีตัวแปรย่อยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพหลายตัวแปร ส่วนปัจจัยเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นหนึ่งในปัจจัยย่อยที่อยู่ในปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นทักษะและความสามารถระดับบุคคล ประกอบด้วย การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถในการพูด ทักษะในการต่อรอง ทักษะในการจัดการตนเอง ความสามารถในการประเมินสื่อสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ รวมถึงความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และบทความดังกล่าวได้เสนอแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลไว้หลายประเด็น ส่วนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ด้านสุขภาพ คือ การสร้างองค์ความรู้และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยจะต้องจัดให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้องมีความทันสมัยได้ง่ายและสะดวก และสอดคล้องกับการศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง (2556) ที่ได้ทำการประมวลสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีตที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความตระหนักในด้านสุขภาพและความสามารถส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจและการสนับสนุนแหล่งข้อมูลและการสื่อสารสุขภาพจากเพื่อน ครอบครัว ชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

2. ตัวแปรที่อิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และโดยตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรปรวนหรือทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ ได้ร้อยละ 33.00 และเมื่อพิจารณารายตัวแปรที่ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

“ความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.26” ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพนั้นถือว่าเป็นทักษะด้านต่างๆของบุคคล เกี่ยวกับความรู้ แรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ และการประยุกต์ใช้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟู และการรักษาพยาบาล เพื่อคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นการสร้างและพัฒนาศักยภาพในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ความรู้ทางสุขภาพนั้นเป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจประเมินใช้ข้อมูล และสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ตลอดชีวิต การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีไม่ได้เกิดจากการมีความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเท่านั้น แต่จะต้องมีความ

เข้าใจ พิจารณาและแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลคุณภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ ฉัญชนก ขุมทอง (2559) ที่ทำการศึกษา รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.344 และ 0.260 ตามลำดับ และยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพ โดยผ่านพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิจัยของ Intarakamhang & Intarakamhang (2017) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วนในกลุ่มเด็กอายุ 9 -14 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอ้วนที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอังสินันท์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพครอบครัว โดยผ่านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ของบุคคล และสอดคล้องกับการวิจัยของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ศรีประเสริฐ (2558) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.46 นอกจากนี้ยังพบว่าผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของ แองเจลา และคนอื่นๆ (Angela G. Brega. et al., 2012) ที่ได้ศึกษากลไกความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มชาวอเมริกันเชื้อสายอินเดียนแดง และชาวพื้นเมืองในอลาสก้า ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการวิจัยของ Wan Chen Hsu.; ChiaHsun Chiang.; & ShuChing Yang. (2014) ได้ทำการศึกษาผลของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ ความตระหนักต่อสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรต้นกลางความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ ความตระหนักต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

“การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.41”

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นเรื่องของการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนและผู้รับการสนับสนุน การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลนั้น จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก (Jacobson. 1986) คนทั่วไปต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่คนทั่วไปปรารถนา ทั้งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Scaefter; Coyne; & Lazarus. 1981; Brandt; & Weinert. 1981) กรณีของพฤติกรรมสุขภาพ ก็เช่นเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวให้ความหวังใจ รับฟังความรู้สึก เข้าใจ และคอยเป็นกำลังใจ ในการร่วมกระทำพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยบุคคลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่างๆ โดยบุคคลรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัว ได้ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ สิ่งของ สนับสนุนด้านการเงิน และเสียสละเวลา ในการกระทำที่สนับสนุนให้บุคคลได้ปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย รวมถึงการสนับสนุนให้เข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสุขภาพจากบุคคลรอบข้างนั้น จึงเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของอริยา ช่างทอง (2550) ได้ทำการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 132 เรื่อง ที่ศึกษาระหว่างปี 2536-2548 ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass โดยจำแนกกลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มปัจจัยภายใน และกลุ่มปัจจัยภายนอก ซึ่งในกลุ่มปัจจัยภายนอกตัวบุคคลนั้นพบว่า ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องกับการวิจัยของ ศศิธร ภูษยัณ (2546) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และจากรายงานการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ คอบบี้ (Cobb. 1976. และ แลงกลี (Langlie. 1977) ที่อ้างในรายงานวิจัยของ ภาสินี เข้มทอง (2546) พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งครอบครัวนั้นถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุด (Pender. N. J., 1987) ดังนั้น หากต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร

อารมณ์ การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ) ที่ดีขึ้นควรให้การสนับสนุน และเสริมสร้างให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ มีความรู้ เข้าใจ รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง และรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ รวมทั้งจัดกระบวนการกระตุ้นให้ประชาชนให้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพมากขึ้น ซึ่งการเสริมสร้างหรือกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสภาวะดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเหล่านั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น

“การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.13” ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การสื่อสารเป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดข่าวสาร ความรู้ ความคิดเห็นระหว่างบุคคล กลุ่มองค์กร ธารณะผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น สื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อพื้นบ้าน เป็นต้น เพื่อนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่ผู้ส่งสารได้วางเป้าหมายไว้ ปัจจุบันการสื่อสารเข้ามามีบทบาทต่อกระบวนการทางสังคม การสื่อสารนับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารกับผู้ป่วย การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นต้น (หนึ่งททัย ขอผลกลาง และกิตติ กันภัย, 2553) ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะทางพฤติกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคคล (The information – motivation – behavioral skills model: IMB) ของ ฟิชเชอร์ และฟิชเชอร์ (Fisher, J.D. & Fisher, W.A., 1992) ที่อธิบายถึงตัวแปรหลักที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล ซึ่งเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องนั้นๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จะส่งผลให้บุคคลมีทักษะทางพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2) การสร้างแรงจูงใจ ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจในระดับบุคคล ได้แก่ ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในทางสังคม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือผู้เกี่ยวข้อง แรงจูงใจเหล่านี้จะช่วยในการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคล และ 3) ทักษะทางพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองหรือส่งเสริมสุขภาพตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนการมีสุขภาพดีของบุคคลตามแนวคิด IMB นั้น เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ มีแรงจูงใจสูง ประกอบกับมีทักษะที่ดีในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลนั้นก็จะสามารถเริ่มต้นกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และรักษาพฤติกรรมดังกล่าวให้คงอยู่ต่อไปโดยไม่มีมีการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการวิจัยของ อริยา ช่างทอง (2550) ได้ทำการศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

จำนวน 132 เรื่อง ที่ศึกษาระหว่างปี 2536-2548 ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass โดยจำแนกกลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มปัจจัยภายใน และกลุ่มปัจจัยภายนอก ซึ่งในกลุ่มปัจจัยภายนอกนั้นพบว่า ตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยจำนวน 33 เรื่อง ที่กำหนดตัวตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นตัวแปรต้น พบนัยสำคัญจำนวน 28 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 84.84 และพบว่ามีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเฉลี่ย เท่ากับ 0.20

“การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีอิทธิพลทางตรงทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.18” ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนนั้น เป็นความเชื่อส่วนบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวังการให้คุณค่า การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่า พฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน เช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัวหรือการลดความรู้สึกเมื่อย่ำ ส่วนประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งประโยชน์ภายในนั้น จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่าประโยชน์ภายนอก (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ข้อค้นพบจากการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974) ที่เชื่อว่าความเชื่อทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการขาดแคลนทางสังคมกับพฤติกรรม (Commer and Norman, 2005 อ้างใน สุริย์ กาญจนวงศ์, 2556: 129) ความเชื่อทางสังคมเกิดขึ้นจากการขาดแคลนเป็นลักษณะคงทนของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม ความเชื่อปรับได้ เพราะฉะนั้นหากเปลี่ยนความเชื่อที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมได้ก็สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมมีพื้นฐานความคิดมาจากทฤษฎีสถานของเลวิน (Lewin's Field Theory) ที่กล่าวว่า เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ มีทั้งคุณค่าบวกและคุณค่าลบ เหตุการณ์ใดหรือสิ่งใดจะมีแรงดึงดูดใจให้เกิดการตอบสนองก็ขึ้นอยู่กับว่าคนๆ นั้นรับรู้คุณค่าที่เป็นบวกมากน้อยเพียงใด การรับรู้ว่าเป็นบวกหรือลบเกิดจากการประเมินของบุคคลตามความต้องการของบุคคล ความเชื่อทางสุขภาพก็เช่นกันเกิดขึ้นจากการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับ และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Becker et al., 1977 อ้างใน สุริย์ กาญจนวงศ์, 2556: 129) และสอดคล้องกับการวิจัยของอริยา ช่างทอง (2550) ที่ได้ทำการศึกษาตัว

แปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 132 เรื่อง พบว่าตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้การควบคุม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง) เป็นหนึ่งในกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยจำนวน 40 เรื่อง

ขณะที่ วรรณวิมล เมฆวิมล (2553) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนพบว่า ปัจจัยนำที่มีต่อความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ สามารถทำนายได้ร้อยละ 34.20 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพในระดับมาก สอดคล้องกับการวิจัยของ จรุงรัตน์ รอดเนียม, สกุนตลา แซ่เตียว และ วรวรรณ จันทวิเมือง (2556) ที่ได้ทำการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.21 และผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับการวิจัยของ นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล และวิษุตา เจริญกิจการ (2557) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความตระหนัก รับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติ ย่อมส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมป้องกันให้บุคคลไม่ได้รับภัยคุกคามจากโรคต่างๆทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อได้อย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1) ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงระดับความรอบรู้ด้านทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในภาพรวมและรายประเด็นข้อคำถาม อันจะนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างพัฒนา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และตรงประเด็น รวมทั้ง ทราบถึงรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานเสริมสร้างพัฒนาตามตัวแปรหรือปัจจัยสาเหตุให้เกิดขึ้นกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น สามารถปฏิบัติหน้าที่และเป็นแกนนำด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) พฤติกรรมสุขภาพ 30. เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย หากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ สามารถปฏิบัติตัวได้ตามหลัก 30. มากเท่าไร ก็จะทำให้สามารถช่วยป้องกันตนเองจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น ข้อค้นพบดังกล่าวเป็นสารสนเทศที่สำคัญ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกระดับสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเพื่อกระตุ้น พัฒนา เสริมสร้าง ให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและประชาชนในพื้นที่ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งเป็นสารสนเทศเพื่อนำไปวางแผนดำเนินการพัฒนาในระยะยาวได้ต่อไป

3) ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งตัวแปรด้านคุณลักษณะทางจิต ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน และตัวแปรด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ดังนั้นในการพัฒนาเสริมสร้างให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ จึงควรนำปัจจัยดังกล่าวประยุกต์สู่การสร้าง/พัฒนา โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ/โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการบรรจุกระบวนการเสริมสร้าง/พัฒนาที่เกิดจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี เบื้องหลังตัวแปรคุณลักษณะทางจิต และตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมที่ได้จากการวิจัย ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้าง/พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ตรงกับคุณลักษณะทางจิตและสภาพแวดล้อมของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านของจังหวัดแพร่ อย่างแท้จริง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพิจารณนำตัวแปรสาเหตุอื่นๆ เช่น ตัวแปรสาเหตุจากทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ ตัวแปรจากทฤษฎีการกระทำตามแผน ตัวแปรจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ของ เพนเดอร์ เป็นต้น เข้ามาอธิบายร่วม ซึ่งจะทำให้ทราบถึงตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างรอบด้าน อันนำไปสู่การพัฒนาเสริมสร้างให้เกิดคุณลักษณะตามตัวแปรสาเหตุอื่นๆ ในตัวบุคคลได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2) ควรนำตัวแปรคุณลักษณะทางจิต และสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สู่การสร้าง/พัฒนา โปรแกรมส่งเสริม

พัฒนา โดยการบรรจุกระบวนการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เกิดจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี เบื้องหลังตัวแปรคุณลักษณะทางจิต และตัวแปรด้านสภาพแวดล้อม แล้วนำไปทดลองใช้จริงกับ กลุ่มเป้าหมายโดยกระบวนการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งจะเป็นการยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม พัฒนาว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง และส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมของอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง ซึ่งนำไปสู่ โปรแกรมพัฒนาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม อันจะนำไปสู่การขยายผลในภาพกว้าง ต่อไป





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทติกุล. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ.2547-2556. กรุงเทพฯ :กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556. กรุงเทพฯ :สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ผลการประเมินแผนการสื่อสารในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ภาคประชาชน. นนทบุรี :กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ2ส. นนทบุรี :กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในตำบลจัดการสุขภาพ. นนทบุรี :กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจังหวัดสระบุรี. นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561) แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี :โรงพิมพ์กองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุข.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2561). สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งามตา วานิชานนท์. (2535). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- จรูญรัตน์ รอดเนียม, สกุนตลา แซ่เตียว, วรวรรณ จันทวีเมือง. (2556). การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 88–97.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). *พฤติกรรมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2 พิชญ์โลก :สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย นเรศวร.
- จิระภา ขापิสุทธิ์. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 24(1), 67–78.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2559). *จิตวิทยาบุคลิกภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2549). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*
- ชัยวรรณ สมศิริรัตน์. (2548). *การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของพนักงานเขียนภูมิพลในการจัดการ สิ่งแวดล้อมของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ :คณะสังคมสงเคราะห์ ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงเดือน พันธมนาวิน. (2531). การวัดและการวิจัยทัศนคติที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 5(1), 65.
- ดวงเดือน พันธมนาวิน. (2547). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสนับสนุนทาง สังคมของหัวหน้าในสถานีนอมนัย*. กรุงเทพฯ :สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ดวงเดือน พันธมนาวิน. (2548). การสนับสนุนทางสังคมของหัวหน้า: ความหมาย วิธีวัด และ แนวทางการพัฒนา. *วารสารจิตวิทยา*, 12 (มกราคม-ธันวาคม), 65-81.
- ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. (2543). *พฤติกรรมศาสตร์*. *วารสารสารานุกรมศึกษาศาสตร์*, 20 (กรกฎาคม 2543), 50-54.
- ธัญชนก ขุมทอง. (2559). *รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อ พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง (วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*

- ชิตีมาศ หอมเทศ. (2555). *พฤติกรรมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 4 สมุทรปราการ :โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นงลักษณ์ ศรีสุจริต. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.*
- นพพร โหวธีระกุล . (2539). *วิทยาการระบาดเชิงสังคม*. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาวิทยาการระบาดประยุกต์กับการพัฒนาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม* (หน่วยที่ 10 หน้า 1-68) นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน*. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 63–74.
- นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน*. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 20(2), 236-248.
- เบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกข์ และคนอื่นๆ. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพ : ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง*. นครปฐม :สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปดมาพร พันธุ์อุบล. (2553). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.*
- ประยุทธ์ ศรีชัย. (2544). *การศึกษาการมีส่วนร่วมของครูในการบริหารโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสระบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.*
- ปริมประภา ก้อนแก้ว และคณะ. (2554). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(3), 17-28.
- พจนา เทียนธาดา. (2543). *การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหลักสูตรท้องถิ่นในระดับประถมศึกษาของโรงเรียนที่ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพการศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ .*

- พนา ทองมีอาคม, เพ็ญพักตร์ เตียวสมบูรณ์กิจ. (2551). การสื่อสารสุขภาพ: ประโยชน์และความจำเป็นของการศึกษาด้านนิเทศศาสตร์และการบริหารด้านสุขภาพ. *วารสารวิชาการ คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*, 12(2), 9-18.
- พรพิมล วรุดิพุทธพงศ์, สงคราม เซาว์นศิลป์. (2549). การสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม. *มนุษยศาสตร์สาร*, 7(2), 33-47.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). *เอกสารคำสอน วิชา สุข 531 พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาสินี เข้มทอง. (2546). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยทำงานในจังหวัดนครนายก (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.*
- ยุพดี จิติกุลเจริญ. (2537). *ทฤษฎีการสื่อสาร*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ยุพรัตน์ ออดกลิ่น, ชนัญญา ชัยวงศ์โรจน์, ศรีรัฐ กักศิรณจิต. (2559). การรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคกระดูกพรุนของประชาชนในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 4(1), 84-99.
- ยุวดี กอมสงัด, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(2), 37-51.
- ลักขมี บุญธรรม. (2540). *อ้อมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.*
- วรรณดี แสงประทีปทอง. (2544). *เจตคติ : แนวคิด วิธีการวัดและมาตรวัด*. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.*
- วรรณวิไล วรวิภโถมิต. (2540). *การศึกษาการมีส่วนร่วมของกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดกิจกรรมการศึกษานอกโรงเรียนในภาคกลาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.*

- วิชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 183–197.
- วิจินดา พวงสะอาด. (2555). ผลของการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วิลาวลัย รัตนา. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- วิวัฒน์ เหลืองสมานกุล. (2549). กลยุทธ์และกระบวนการณรงค์ของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการเด็กไทยไม่กินหวานในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ศศิธร ภูขยัน. (2546). จิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สมใจ วินิจกุล, นิตยา สุขชัยสงค์. (2556). ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(2), สืบค้นเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2558.
- สายทิพย์ สารี. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีอาชีพค้าขายในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สิทธิโชค วรรณสันติกุล. (2546). จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: เมื่อดทรายพริ้นติ้ง.
- สุพัตรา อำนวยเกียรติ. (2560). ทำศนคติดต่อสุขภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิตและการโฆษณาผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร (สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ.
- สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2557). อิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานะการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

- สุริย์ กาญจนวงศ์. (2556). *จิตวิทยาสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3 นครปฐม : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริย์ ธรรมิกบวร. (2551). การรอบรู้สุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์แนวคิด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(2), 53-58.
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2537). *ประมวลสาระชุดวิชาสัมมนาปัญหาและแนวโน้มทางการบริหารการศึกษา*. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ศรีประเสริฐ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- หนึ่งทัย ขอผลกลาง, กิตติ กันภัย. (2553). งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกการพัฒนาสังคม. *วารสารเทคโนโลยีสุรนารี*, 4(1), 65-77.
- อมรพรรณ ประจันตวนิชย์. (2550). *ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการประคุณภาพการศึกษาของบุคลากรในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.*
- อรพินทร์ ชูชม. (2545). *เอกสารคำสอน วิชา วป 502 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรวรรณ หาญช่าง. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตล้อรถยนต์ และล้อรถจักรยานยนต์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.*
- อริยา ช่างทอง. (2550). *ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยวิธีการวิเคราะห์ อภิमान (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.*
- อังศินันท์ อินทรกำแหง และอนันต์ มลารัตน์. (2556). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และ นัทรชัย เอกปัญญาสกุล. (2560). *อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัว โดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพ ของครอบครัวทั้งเมือง: การวิจัยผสานวิธี*.
กรุงเทพฯ :สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model*. กรุงเทพฯ :บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ : บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุไรวรรณ ชาญชลยุทธ และคนอื่นๆ. (2556). *พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตจักรพงษ์ภูวนารถ. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก, 6(1), 107-117.*
- Angela G. Brega. et al. (2012). Mechanisms underlying the relationship between health literacy and glycemic control in American Indian and Alaska Natives. *Patient Education and Counseling*, 88(2012), 61–68.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of thought and action. A Social Cognitive Theory*. New Jersey :Prentice-Hall.
- Best, J. (1981). *Research in Education* 4thed London :Prentice-Hall International.
- Cassell, J. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 2, 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderate of Life Stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, John M.; & Uphoff, Norman T. (1977). *Rural Development Participation*. Ithaca : Cornell University.
- Devis Keith; & John, Newstrom W. (1989). *Human Behavior At work* 8thed New York :Mc-Graw-Hill.
- 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), 1-15.

- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 11(1), 455-474.
- Gochman, D.S. (1982). Labels, System, and Motives: Same Perspective on Future Research. *Health Education Quarterly*, 9, 167-174.
- Gochman, D.S. (1997). *Health Behavior Research: Definitions and Diversity*. In D.S. Gochman (ed), *Handbook of Health Behavior Research, Vol.1 Personal and Social Determinant* New York: Plenum Press.
- Hair, Jr. Joseph F.; et al. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspectives*. New Jersey : Upper Saddle River.
- Intarakamhang U. & Intarakamhang P. (2017). Health Literacy scale and model of childhood overweight. *Journal of Research in Health Science*, 17(1), 1–8.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practices of Structural Equation Modeling*. 2th ed New York :Guilford Press.
- Marsh H. W., Hau, K.T., Balla, J.R., & Grayson, D. (1998). Is more Ever Too Much? The number of indicators per factor in confirmatory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 33, 181-220.
- McGuire, W.J.; Lyous, J.S. (1985). A transcontextual model of intervention with problems of school underachievement. *American Journal of Family Therapy*, 13, 37-45.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategic 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), 207-218.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. 4thed St.Louis :Mosby Year Book
- Parkerson, G., and others. (1993). Disease-Specific Versus Generic Measurement of Health-Related Quality of Life in Insulin-Dependent Diabetic Patients. *Medical Care*, 31, 629–637.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rded U.S.A. :Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5thed New Jersey :Upper Saddle River.

- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2, 1–8.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, & Brand H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2010). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Speck, D. L., Cowert, M. E.; & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health Care*, 12, 93-100.
- Steers, R.M.; & Porter, L.W. (1979). *Motivation and Work Behavior*. New York : McGraw-Hill.
- Wanchen Hsu.; ChiaHsun Chiang.; & ShuChing Yang. (2014). The Effect of Individual Factors on Health Behaviors Among College Students: The Mediating Effects of eHealth Literacy. *Journal of Medical internet Research*, 16(12), e287.
- Xueyan Wei.; & Chongming Wang. (2009). Research on the Content and Structure of Social Support for Private Entrepreneurs. *Asian Social Science*, 5, 11–14.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สกลนคร



ภาคผนวก ก
แบบสอบถามการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง : ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่

เรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกท่าน

ขอขอบคุณทุกท่านที่เสียสละเวลา ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 7 ตอน ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกตอน และโปรดตอบให้ครบทุกข้อ ความสมบูรณ์จากการตอบแบบสอบถามจะมีคุณค่าเป็นอย่างยิ่งต่อการวิจัยในครั้งนี้ และขอให้ท่านเชื่อมั่นว่าคำตอบของท่าน จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นายนิพิฐพนธ์ แสงด้วง

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาบริหารสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

3. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. ท่านนับถือศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ

4. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....ปี

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5. อนุปริญญา/ปวส. 6. ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี 8. อื่นๆ ระบุ.....

6. อาชีพหลัก

1. ทำไร่ ทำนา ทำสวน 2. รับจ้างทั่วไป
 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 4. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 5. พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน 6. นักเรียน/นักศึกษา
 7. อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพเป็นแม่บ้าน 8. อื่นๆ

7. มีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัวโดยประมาณเดือนละ

.....บาท

ตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

2.1 การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสุขภาพ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. การเข้ารับบริการสุขภาพตามเกณฑ์ เช่น คัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การตรวจหาโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่					
2. การเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/เสนอข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะต่างๆ ในเวทีการประชุมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ					
3. การเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ เช่น การรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก รณรงค์ต่อต้านปัญหายาเสพติด เป็นต้น					
4. การเข้าร่วมเป็นทีมงาน/แกนนำ ในการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ เช่น แกนนำด้านการออกกำลังกาย แกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพประจำตำบล คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เป็นต้น					
5. การเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นมาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ เช่น งานศพปลอดเหล้า หมู่บ้านปลอดเหล้า หมู่บ้านปลอดลูกน้ำ หมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค เป็นต้น					

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	6-7 วัน ต่อสัปดาห์	4-5 วัน ต่อสัปดาห์	3 วัน ต่อสัปดาห์	1-2 วัน ต่อสัปดาห์	ไม่ได้ปฏิบัติ
1. กินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม					
2. ควบคุมการกิน โดยทุกมื้อจะคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับพอเพียงกับสภาพร่างกายตนเอง					
3. ทำงานหรือเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก					
4. ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที					
5. เมื่อเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิดแล้วใช้เวลานานที่จะผ่อนคลายลงได้					
6. จัดการกับปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น					

ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่ฉันกังวลอยู่ได้					
2. ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3. ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพเสมอ เพื่อฉันจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี					
4. ฉันสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ ที่จะให้ช่วยเหลือในด้านสุขภาพของฉัน					
5. ฉันสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพ ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ฉันหรือคนในครอบครัวของฉันเป็นอยู่					
6. ฉันสามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นใด					
7. ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือ แผ่นพับ ที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพได้					
8. ฉันสามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ ไปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมที่ใช้งานบนมือถือ เช่น เฟสบุท ไลน์ และสื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ต					
9. ฉันรู้และเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ต เพื่อสุขภาพ					
10. ฉันรู้และเข้าใจในคำอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพ					
11. ก่อนที่ฉันจะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ฉันจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคนในครอบครัวก่อน					
12. ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพนั้น ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
13. เมื่อมีข้อมูลด้านสุขภาพใหม่เข้ามา ฉันจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
14. ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองก่อนที่จะบอกคนอื่นต่อ					
15. ฉันรู้ว่าจะหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งใด เพื่อนามายืนยันข้อมูลนั้นก่อนที่จะเชื่อและทำตาม					
16. ฉันมักสอบถาม หรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพ เกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติในด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะทำตาม					
17. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่จะให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ฉันได้					
18. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คนที่เป็นที่ปรึกษาได้ใน ช่วงที่ฉันมีปัญหาสุขภาพ					
19. ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คนที่ฉันไว้วางใจให้เป็นที่พึ่งหรือที่ปรึกษาด้านสุขภาพได้					
20. ฉันสามารถซักถามสิ่งที่ฉันเป็นกังวลหรือต้องการรู้กับผู้ให้บริการสุขภาพได้					
21. ฉันสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพได้					
22. ฉันซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
23. ฉันสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับ ผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายข้อสงสัยได้					
24. ฉันใช้เวลากับการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพตนเองเป็นอย่างมาก					
25. ฉันวางแผนในการทำกิจกรรมสุขภาพที่จำเป็น เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง					
26. ถึงแม้ว่าฉันจะมีภารกิจมาก แต่ฉันก็ยังสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้					
27. ฉันหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายจิตใจตนเอง เพื่อคอยกำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น					
28. ฉันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ฉันอยู่ในสถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีได้					
29. ฉันเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ					

ตอนที่ 4 ทักษะคิดต่อการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง ของแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ท่านรับประทานอาหารตามความพอใจมากกว่าคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ					
2. ท่านชอบรับประทานผักสด หรือผลไม้สด					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3. ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด					
4. การออกกำลังกายช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด					
5. เมื่อมีเวลาว่าง ท่านพร้อมที่จะทำงานอดิเรกต่างๆ เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว/ชุมชน					
6. ท่านรู้สึกพอใจที่ได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น					
7. ท่านพร้อมที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีโอกาส					
8. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เข้าสังคมได้ดี					
9. การสูบบุหรี่เป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ได้มีผลกระทบต่ออะไรกับตัวท่าน					
10. การสูบบุหรี่ทำให้ลดความเครียด					

ตอนที่ 5 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. การกินอาหารประเภทผัก และผลไม้เป็นประจำทำให้ระบบขับถ่ายดี					
2. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ต่อเนื่องกัน ทำให้ร่างกายแข็งแรง					

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3. การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายได้					
4. การออกกำลังกายช่วยให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียด					
5. การมองโลกในแง่ดีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้ความเครียดลดลง					
6. ความเครียดส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของท่าน					
7. การทำงานอดิเรกเช่น ปลูกต้นไม้ รีดน้ำต้นไม้ ร้องเพลง เล่นดนตรี ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด					
8. การไม่สูบบุหรี่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดได้					
9. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ ในขณะที่ขับขี่ยานพาหนะจะช่วยลดอุบัติเหตุได้					
10. การติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ช่วยให้มีความรู้ในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ					
11. การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเอง					

ตอนที่ 6 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

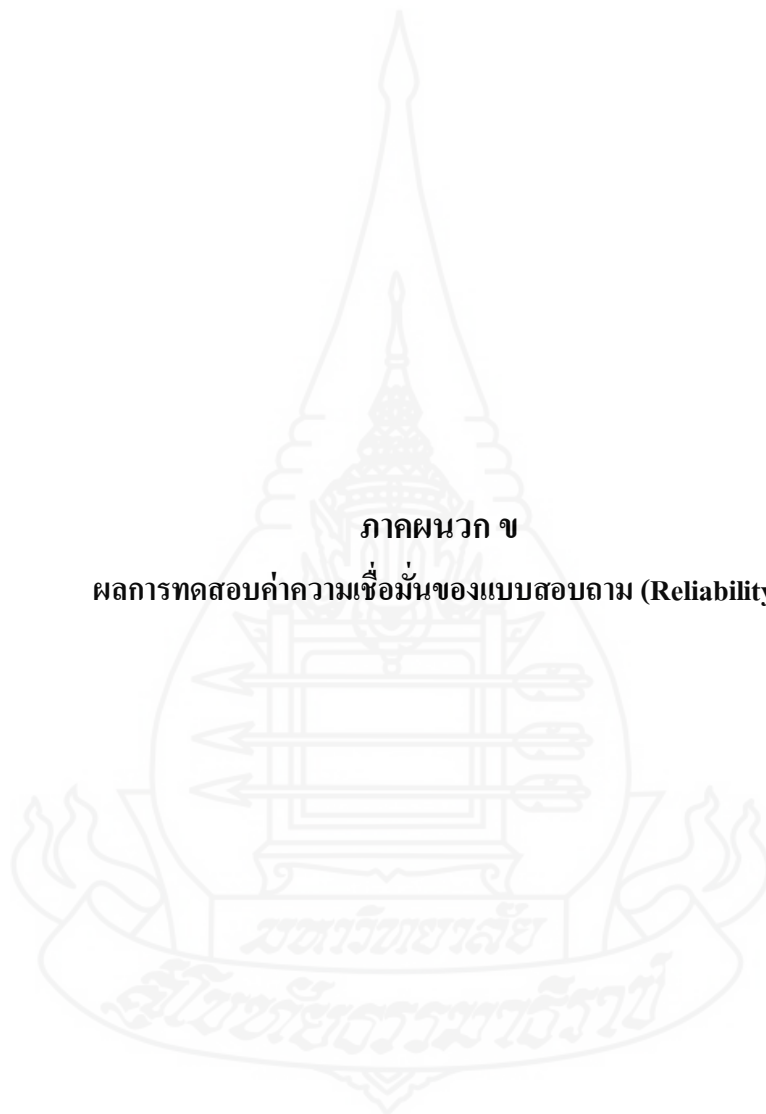
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจ คนในครอบครัวจะให้คำปรึกษาและกำลังใจแก่ท่าน					
2. คนในครอบครัว เป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ท่าน					
3. คนในครอบครัวของท่าน ช่วยสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกาย					
4. คนในครอบครัวเป็นคนชักชวนให้ท่านออกกำลังกาย					
5. ครอบครัวของท่านให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร โดยจะปรุงอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ					
6. หากได้รับข่าวสาร/ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์ ท่านและครอบครัว จะร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กัน					
7. เมื่อเจ็บป่วย ท่านจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น อาหาร การพักผ่อน จากคนในครอบครัว					
8. คนในครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพกับคนใน เช่น การรณรงค์ป้องกันโรคต่างๆ เป็นต้น					

ตอนที่ 7 การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของแต่ละข้อที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ข้อคำถาม	การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ				
	6-7 วัน ต่อสัปดาห์	4-5 วัน ต่อสัปดาห์	3 วัน ต่อสัปดาห์	1-2 วัน ต่อสัปดาห์	ไม่ได้รับ
ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จากสื่อดังต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด					
1.1 โทรทัศน์					
1.2 วิทยุ					
1.3 หนังสือพิมพ์					
1.4 สื่อประชาสัมพันธ์ (แผ่นพับ/ใบปลิว)					
1.5 เอกสารสิ่งพิมพ์ (วารสาร/นิตยสาร)					
1.6 หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย					
1.7 คนในครอบครัว/ญาติพี่น้อง/เพื่อนบ้าน					
1.8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
1.9 สื่อออนไลน์ เช่น จากอินเทอร์เน็ต จากแอปพลิเคชันไลน์ในโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น					



ภาคผนวก ข

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ของแบบสอบถาม **พฤติกรรมสุขภาพ**

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับ คะแนนรวม (n=100)
ข้อคำถามข้อที่ 1 (BH3)	0.385
ข้อคำถามข้อที่ 2 (BH4)	0.536
ข้อคำถามข้อที่ 3 (BH5)	0.370
ข้อคำถามข้อที่ 4 (BH6)	0.460
ข้อคำถามข้อที่ 5 (BH7)	0.287
ข้อคำถามข้อที่ 6 (BH8)	0.302
ข้อคำถามข้อที่ 7 (PT1)	0.322
ข้อคำถามข้อที่ 8 (PT2)	0.451
ข้อคำถามข้อที่ 9 (PT3)	0.468
ข้อคำถามข้อที่ 10 (PT4)	0.416
ข้อคำถามข้อที่ 11 (PT5)	0.452
ค่า Cronbach's alpha แบบสอบถามทั้งฉบับ	$\alpha = 0.744$

ตารางที่ 2 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ของแบบสอบถาม **ความรู้ด้านสุขภาพ**

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับ คะแนนรวม (n=100)
ข้อคำถามข้อที่ 1 (HL1)	0.477
ข้อคำถามข้อที่ 2 (HL2)	0.386
ข้อคำถามข้อที่ 3 (HL3)	0.485
ข้อคำถามข้อที่ 4 (HL5)	0.701

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับ คะแนนรวม (n=100)
ข้อคำถามข้อที่ 5 (HL8)	0.562
ข้อคำถามข้อที่ 6 (HL9)	0.517
ข้อคำถามข้อที่ 7 (HL10)	0.556
ข้อคำถามข้อที่ 8 (HL11)	0.623
ข้อคำถามข้อที่ 9 (HL12)	0.487
ข้อคำถามข้อที่ 10 (HL13)	0.613
ข้อคำถามข้อที่ 11 (HL14)	0.539
ข้อคำถามข้อที่ 12 (HL15)	0.551
ข้อคำถามข้อที่ 13 (HL16)	0.564
ข้อคำถามข้อที่ 14 (HL17)	0.491
ข้อคำถามข้อที่ 15 (HL18)	0.555
ข้อคำถามข้อที่ 16 (HL19)	0.516
ข้อคำถามข้อที่ 17 (HL21)	0.564
ข้อคำถามข้อที่ 18 (HL22)	0.522
ข้อคำถามข้อที่ 19 (HL23)	0.347
ข้อคำถามข้อที่ 20 (HL31)	0.499
ข้อคำถามข้อที่ 21 (HL32)	0.548
ข้อคำถามข้อที่ 22 (HL33)	0.472
ข้อคำถามข้อที่ 23 (HL34)	0.578
ข้อคำถามข้อที่ 24 (HL41)	0.460
ข้อคำถามข้อที่ 25 (HL42)	0.526
ข้อคำถามข้อที่ 26 (HL43)	0.595
ข้อคำถามข้อที่ 27 (HL45)	0.650
ข้อคำถามข้อที่ 28 (HL46)	0.642
ข้อคำถามข้อที่ 29 (HL47)	0.557
ค่า Cronbach's alpha แบบสอบถามทั้งฉบับ	$\alpha = 0.928$

ตารางที่ 3 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับของแบบสอบถามที่ **สนใจต่อการดูแลตนเอง**

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับ คะแนนรวม (n=100)
ข้อคำถามข้อที่ 1 (AT1)	0.375
ข้อคำถามข้อที่ 2 (AT2)	0.416
ข้อคำถามข้อที่ 3 (AT3)	0.346
ข้อคำถามข้อที่ 4 (AT7)	0.204
ข้อคำถามข้อที่ 5 (AT8)	0.405
ข้อคำถามข้อที่ 6 (AT10)	0.366
ข้อคำถามข้อที่ 7 (AT11)	0.263
ข้อคำถามข้อที่ 8 (AT12)	0.395
ข้อคำถามข้อที่ 9 (AT13)	0.394
ข้อคำถามข้อที่ 10 (AT14)	0.434
ค่า Cronbach's alpha แบบสอบถามทั้งฉบับ	$\alpha=0.718$

ตารางที่ 4 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ของแบบสอบถาม **การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน**

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับ คะแนนรวม (n=100)
ข้อคำถามข้อที่ 1 (PB2)	0.563
ข้อคำถามข้อที่ 2 (PB4)	0.540
ข้อคำถามข้อที่ 3 (PB5)	0.559
ข้อคำถามข้อที่ 4 (PB6)	0.598
ข้อคำถามข้อที่ 5 (PB7)	0.533
ข้อคำถามข้อที่ 6 (PB8)	0.339

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับ คะแนนรวม (n=100)
ข้อคำถามข้อที่ 7 (PB9)	0.531
ข้อคำถามข้อที่ 8 (PB10)	0.452
ข้อคำถามข้อที่ 9 (PB11)	0.636
ข้อคำถามข้อที่ 10 (PB12)	0.538
ข้อคำถามข้อที่ 11 (PB13)	0.472
ค่า Cronbach's alpha แบบสอบถามทั้งฉบับ	$\alpha = 0.816$

ตารางที่ 5 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ของแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับ คะแนนรวม (n=100)
ข้อคำถามข้อที่ 1 (SP1)	0.640
ข้อคำถามข้อที่ 2 (SP2)	0.725
ข้อคำถามข้อที่ 3 (SP3)	0.831
ข้อคำถามข้อที่ 4 (SP4)	0.738
ข้อคำถามข้อที่ 5 (SP5)	0.788
ข้อคำถามข้อที่ 6 (SP6)	0.586
ข้อคำถามข้อที่ 7 (SP7)	0.554
ข้อคำถามข้อที่ 8 (SP9)	0.692
ค่า Cronbach's alpha แบบสอบถามทั้งฉบับ	$\alpha = 0.898$

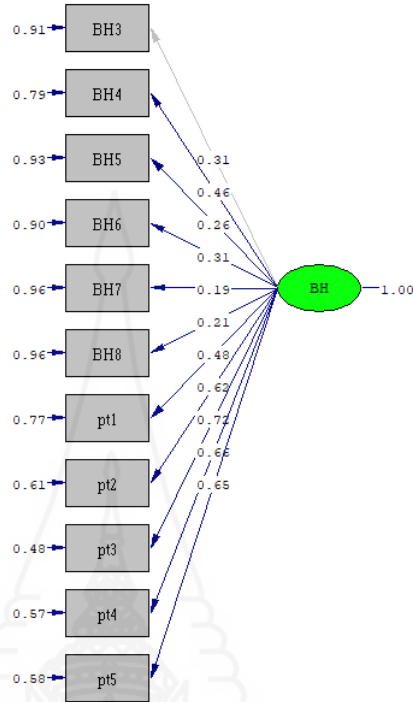
ตารางที่ 6 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ ของแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ข้อคำถาม	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับ คะแนนรวม
ข้อคำถามข้อที่ 1 (IN1)	0.267
ข้อคำถามข้อที่ 2 (IN2)	0.222
ข้อคำถามข้อที่ 3 (IN3)	0.338
ข้อคำถามข้อที่ 4 (IN4)	0.580
ข้อคำถามข้อที่ 5 (IN5)	0.563
ข้อคำถามข้อที่ 6 (IN6)	0.524
ข้อคำถามข้อที่ 7 (IN7)	0.490
ข้อคำถามข้อที่ 8 (IN8)	0.527
ข้อคำถามข้อที่ 9 (IN9)	0.387
ค่า Cronbach's alpha แบบสอบถามทั้งฉบับ	$\alpha = 0.771$



ภาคผนวก ค
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดพฤติกรรมสุขภาพ



Chi-Square=90.62, df=39, P-value=0.00001, RMSEA=0.059

ภาพประกอบ 1 รูปแบบการวัดพฤติกรรมสุขภาพ

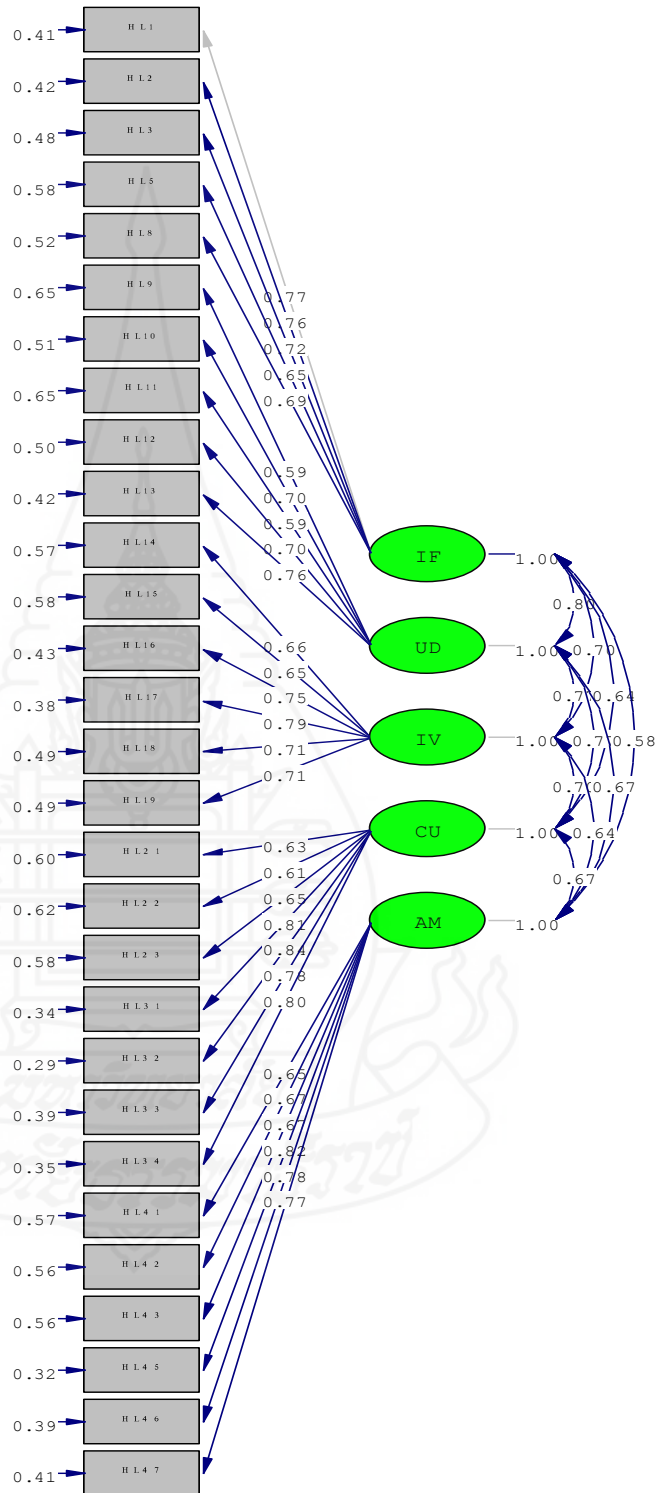
ตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)
ข้อที่ 1	0.31*
ข้อที่ 2	0.46*
ข้อที่ 3	0.26*
ข้อที่ 4	0.31*
ข้อที่ 5	0.19*
ข้อที่ 6	0.21*
ข้อที่ 7	0.48*
ข้อที่ 8	0.62*
ข้อที่ 9	0.72*
ข้อที่ 10	0.66*
ข้อที่ 11	0.65*

$\chi^2=90.62$, $df=39$, $P\text{-value}=0.000$, $RMSER=0.059$, $SRMR=0.057$, $GFI=0.96$, $CFI=0.99$, $NFI=0.93$

* นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ



Chi-Square=536.93, df=359, P-value=0.00000, RMSEA=0.036

ภาพประกอบ 2 รูปแบบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

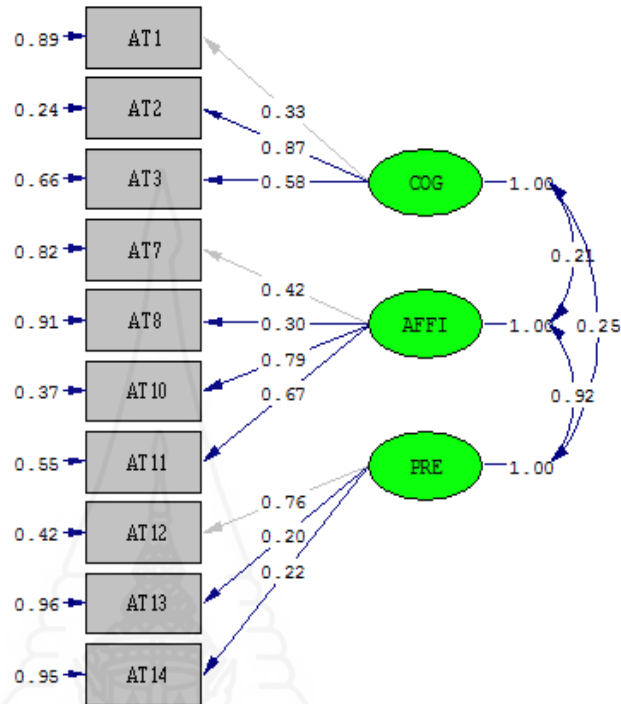
ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)				
	องค์ประกอบ 1: การเข้าถึงข้อมูล และบริการ สุขภาพ (IF)	องค์ประกอบ 2: การเข้าใจข้อมูล และบริการ สุขภาพที่ เพียงพอต่อการ ปฏิบัติ (UD)	องค์ประกอบ 3: การตรวจสอบ ข้อมูลและ บริการสุขภาพ (IV)	องค์ประกอบ 4: การสื่อสารด้าน สุขภาพ (CU)	องค์ประกอบ 5: การจัดการ สุขภาพตนเอง (AM)
ข้อที่ 1	0.77*	0.59*	0.66*	0.63*	0.65*
ข้อที่ 2	0.76*	0.70*	0.65*	0.61*	0.67*
ข้อที่ 3	0.72*	0.59*	0.75*	0.65*	0.67*
ข้อที่ 4	0.65*	0.70*	0.79*	0.81*	0.82*
ข้อที่ 5	0.69*	0.76*	0.71*	0.84*	0.78*
ข้อที่ 6			0.71*	0.78*	0.77*
ข้อที่ 7				0.80*	

$\chi^2=536.93$, $df=359$, $P=0.000$, $RMSE=0.036$, $SRMR=0.042$, $GFI=0.91$, $CFI=0.99$, $NFI=0.98$

* นัยสำคัญที่ระดับ 0.05



ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดทัศนคติต่อการดูแลตนเอง



Chi-Square=80.83, df=29, P-value=0.00000, RMSEA=0.069

ภาพประกอบ 3 รูปแบบการวัดทัศนคติต่อการดูแลตนเอง

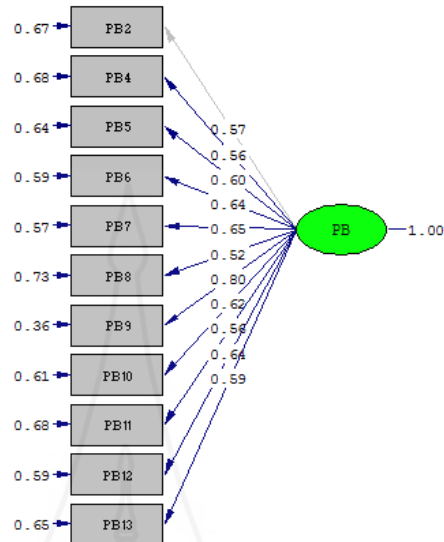
ตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดทัศนคติต่อการดูแลตนเอง

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)		
	องค์ประกอบ 1: ความรู้สึกเชิงประเมินค่า (COG)	องค์ประกอบ 2: ความรู้สึก (AFFI)	องค์ประกอบ 3: ความพร้อมกระทำ (PRE)
ข้อที่ 1	0.33*	0.42*	0.76*
ข้อที่ 2	0.87*	0.30*	0.20*
ข้อที่ 3	0.58*	0.79*	0.22*
ข้อที่ 4		0.67*	

$\chi^2=80.83$, $df=29$, $P=0.000$, $RMSEA=0.069$, $SRMR=0.077$, $GFI=0.96$, $CFI=0.95$, $NFI=0.92$

* นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ



Chi-Square=78.75, df=36, P-value=0.00005, RMSEA=0.056

ภาพประกอบ 4 รูปแบบการวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

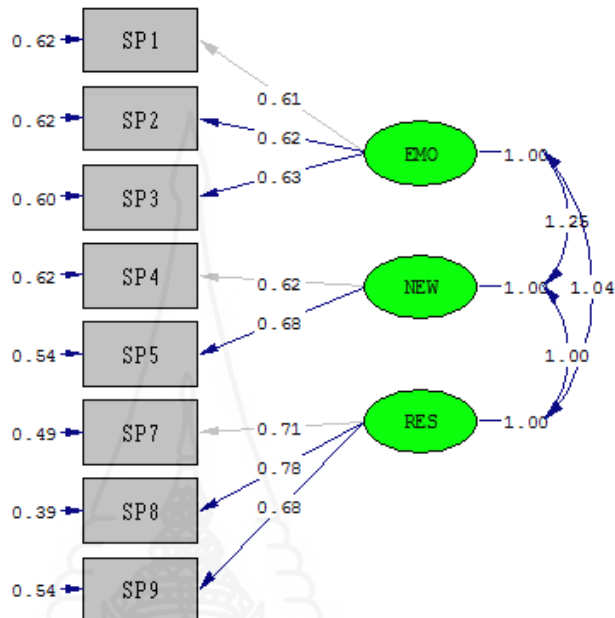
ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

ข้อความ	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)
ข้อที่ 1	0.57*
ข้อที่ 2	0.56*
ข้อที่ 3	0.60*
ข้อที่ 4	0.64*
ข้อที่ 5	0.65*
ข้อที่ 6	0.52*
ข้อที่ 7	0.80*
ข้อที่ 8	0.62*
ข้อที่ 9	0.56*
ข้อที่ 10	0.64*
ข้อที่ 11	0.59*

$\chi^2=78.75$, $df=36$, $P=0.000$, $RMSEA=0.056$, $SRMR=0.035$, $GFI=0.96$, $CFI=0.99$, $NFI=0.98$

* นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
รูปแบบการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว



Chi-Square=19.74, df=12, P-value=0.07211, RMSEA=0.042

ภาพประกอบ 5 รูปแบบการวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

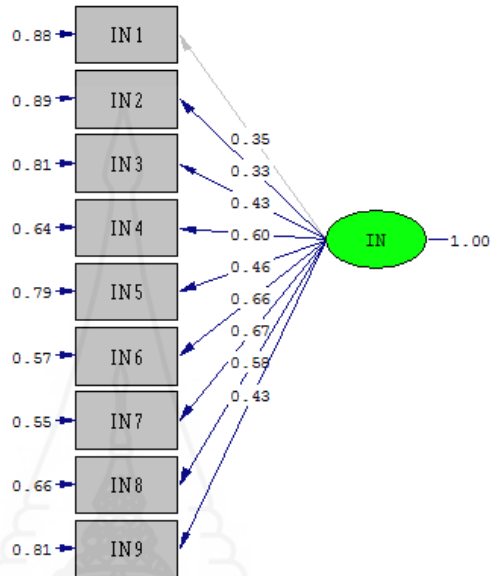
ตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ข้อความ	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)		
	องค์ประกอบ 1: การสนับสนุนด้านอารมณ์ (EMO)	องค์ประกอบ 2: การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (NEW)	องค์ประกอบ 3: การสนับสนุนด้านทรัพยากร (RES)
ข้อที่ 1	0.61*	0.62*	0.71*
ข้อที่ 2	0.62*	0.68*	0.78*
ข้อที่ 3	0.63*		0.68*

$\chi^2=19.74, df=12, P=0.072, RMSEA=0.042, SRMR=0.024, GFI=0.99, CFI=1.00, NFI=0.99$

* นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
รูปแบบการวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ



Chi-Square=52.00, df=20, P-value=0.00011, RMSEA=0.065

ภาพประกอบ 6 รูปแบบการวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ตารางที่ 12 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน รูปแบบการวัดการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ข้อคำถาม	คะแนนมาตรฐานสัมประสิทธิ์องค์ประกอบ (Factor loading)
ข้อที่ 1	0.35*
ข้อที่ 2	0.33*
ข้อที่ 3	0.43*
ข้อที่ 4	0.60*
ข้อที่ 5	0.46*
ข้อที่ 6	0.66*
ข้อที่ 7	0.67*
ข้อที่ 8	0.58*
ข้อที่ 9	0.43*

$\chi^2=52.00$, $df=20$, $P=0.000$, $RMSEA=0.065$, $SRMR=0.045$, $GFI=0.97$, $CFI=0.98$, $NFI=0.97$

* นัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นายนิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 7 ธันวาคม 2516
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดแพร่
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปี พ.ศ. 2541 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2550 ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปี พ.ศ. 2560
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

