



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND
HEALTH PROMOTION BEHAVIORS AMONG WORKERS
AT MAE FAH LUANG CHIANG RAI
INTERNATIONAL AIRPORT

วาสนา รอดรัตน์

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2568

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND
HEALTH PROMOTION BEHAVIORS AMONG WORKERS

AT MAE FAH LUANG CHIANG RAI
INTERNATIONAL AIRPORT

วาสนา รอดรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2568

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

วิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

The Relationship between Health Literacy and Health Promotion
Behaviors Among Workers at Mae Fah Luang Chiang Rai International
Airport

ผู้ประพันธ์ วาสนา รอดรัตน์

คณะกรรมการสอบ

อาจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม

ประธานกรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์

กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ

กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน

กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ)

คณบดี

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภพ สุทนต์)

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์รักษ์ กันทวิ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำให้ข้อคิดเห็น แนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอน ตลอดจนให้กำลังใจอันเป็นผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิยม จันทน์นวล อาจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม และอาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบ ให้คำแนะนำ และปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ขอขอบพระคุณ นาวาอากาศตรี ดร.สมชนก เทียมเทียบรัตน์ ผู้อำนวยการท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย และพันจ่าอากาศเอก ไพศาล เรืองศิลป์ เจ้าหน้าที่บริหาร 7 งานบริหารคุณภาพ บริการ ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ที่ได้ให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลภายในท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ทำให้ผู้ศึกษาประสบความสำเร็จในการศึกษา ทั้งนี้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการจัดทำจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณนายมณฑล รอดรัตน์ นางสุคนธ์ รอดรัตน์ นายฐปนรรัช ทานสิรา และเด็กชายวรปรัชญ์ ทานสิรา ที่เป็นแรงบันดาลใจและเป็นกำลังใจสำคัญต่อความสำเร็จในครั้งนี้คุณประโยชน์อันใดที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบให้ คุณพ่อคุณแม่ คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จครั้งนี้

วาสนา รอดรัตน์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย
ผู้ประพันธ์	วาสนา รอดรัตน์
หลักสูตร	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชายแดน)
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จีบฉลากหยิบบ้างครั้งเดียว จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ คำนวณโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน ได้จำนวน 149 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงสิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลพัฒนามาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. สำหรับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างโดยไม่กระทบต่อคะแนนการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.189$, $p=.008$) เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 ($r=.284$, $p=.000$) และ ($r=.209$, $p=.003$) ตามลำดับ ดังนั้น ควรมีมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เน้น ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงรายต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยาน
แม่ฟ้าหลวง เชียงราย



Thesis Title The Relationship between Health Literacy and Health Promotion Behaviors Among Workers at Mae Fah Luang Chiang Rai International Airport

Author Wasana Rodratn

Degree Master of Public Health (Border Health Management)

Advisor Assistant Professor Siwarak Kitchanapailoon, Ph. D.

Co-Advisor Assistant Professor Phitsanuruk Kanthawee, Ph. D.

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the levels of health literacy and health promotion behavior, the relationship between personal factors and health literacy, and the relationship between health literacy and health promotion behavior among employees at Mae Fah Luang Chiang Rai International Airport. A total of 149 participants were selected using simple random sampling through a one-time lottery draw, with the sample size determined using Krejcie and Morgan's formula. Data were collected from December 2023 to August 2024. The research instrument was adapted from the Health Literacy and 3E 2S Health Behavior Assessment Tool developed by the Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, for individuals aged 15 years and older. The questionnaire was modified to suit the study population without affecting the validity of the health literacy and health behavior assessment. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, logistic regression, and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that the participants had a poor level of health literacy and a fair level of health promotion behavior. Personal factors were not significantly associated with health literacy. Overall health literacy was positively correlated with health promotion behavior at a very low level, with statistical significance at the .05 level ($r = .189$, $p = .008$). When analyzing specific components of health literacy, self-management and media and information literacy were significantly correlated with health promotion behavior at the .05 level ($r = .284$, $p = .000$; and $r = .209$, $p = .003$,

respectively). Therefore, measures to promote health literacy should emphasize access to health information and services, health communication, self-management, media and information literacy, and decision-making for appropriate health practices. The findings of this study serve as fundamental information to support the development of suitable health promotion strategies for employees at Mae Fah Luang–Chiang Rai International Airport.

Keywords: Health Literacy, Health Promotion Behavior, Mae Fah Luang-Chiang Rai International Airport Workers



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.3 คำถามการวิจัย	5
1.4 สมมติฐานของการวิจัย	5
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
1.7 ขอบเขตของงานวิจัย	7
1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
2.1 สถานการณ์การเจ็บป่วยของวัยทำงาน	10
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ	13
2.3 แนวคิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	25
2.4 การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
3 ระเบียบวิธีวิจัย	52
3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย	52
3.2 พื้นที่การศึกษาวิจัย	53
3.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย	53
3.4 ประชากรในการศึกษาวิจัย	53
3.5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย	53
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	55
3.7 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	61
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล	63
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล	64
3.10 จริยธรรมการศึกษาวิจัย	65
4 ผลของการศึกษา	66
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	67

สารบัญ

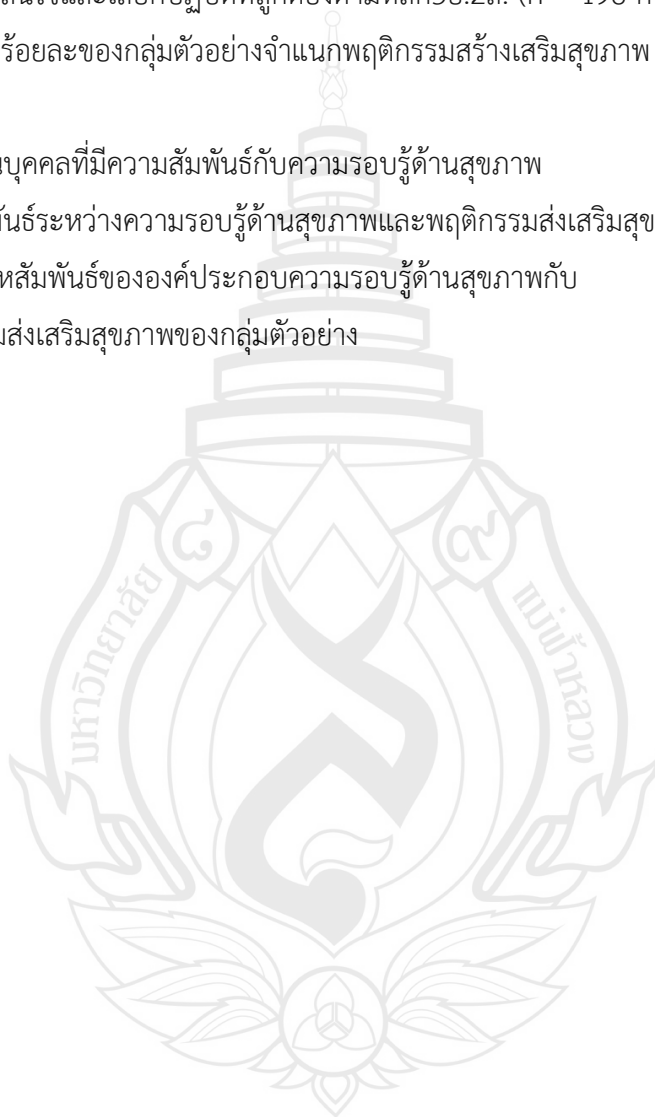
บทที่	หน้า
4.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	69
4.3 ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	73
4.4 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	74
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	77
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
5.1 อภิปรายผลการศึกษา	79
5.2 สรุปผลการวิจัย	89
5.3 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	91
5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์	91
5.5 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	92
รายการอ้างอิง	93
ภาคผนวก	103
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	103
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย	107
ประวัติผู้ประพันธ์	115

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 สรุปข้อมูลด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ	18
2.2 สรุปองค์ประกอบการวิจัย	20
2.3 พฤติกรรมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์	28
2.4 ตารางพฤติกรรมการกินที่พึงประสงค์	29
2.5 ตารางพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พึงประสงค์	31
2.6 ตารางพฤติกรรมการจัดการความเครียดที่พึงประสงค์	34
2.7 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่	35
2.8 พฤติกรรมการลด ละ เลิกบุหรี่ที่พึงประสงค์	36
2.9 พฤติกรรมการลด ละ เลิกสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์	39
3.1 สรุปคะแนนรวมแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	56
3.2 สรุปคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	60
3.3 สรุปคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก	61
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 198)	67
4.2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม (n = 198 คน)	70
4.3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (n = 198 คน)	70
4.4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (n = 198 คน)	71
4.5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ (n = 198 คน)	71
4.6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง (n = 198 คน)	72
4.7 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (n = 198 คน)	72

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.8 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก3อ.2ส. (n = 198 คน)	73
4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n = 198)	74
4.10 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	75
4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	77
4.12 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	78



สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6



อักษรย่อและสัญลักษณ์

HL	Health Literacy
WHO	World Health Organization
NCDs	Non-Communicable Diseases
ดร. (Dr.)	ด็อกเตอร์ (Doctor)
พ.ศ.	พุทธศักราช
ค.ศ.	คริสต์ศักราช
Ph.D.	Philosophiae Doctor
et al.	et alii
p. (pp.)	page (pages)
Vol. (Vols.)	Volume (Volumes)
*	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
**	ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
p	p-value
OR	Odd Ratio
OR _{Adj}	Adjust Odd Ratio
95%CI	95% Confidence Interval
S.D.	Standard Deviation
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก มากถึง 43 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 75.00 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรโลก โรคที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยมีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 19 ล้านคน รองลงมาคือโรคมะเร็ง มีผู้เสียชีวิตประมาณ 10 ล้านคน โรคทางเดินหายใจเรื้อรังมีผู้เสียชีวิตราว 4 ล้านคน และโรคเบาหวานมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 2 ล้านคน ซึ่งรวมถึงผู้ที่เสียชีวิตจากโรคไตอันเกิดจากเบาหวาน ทั้งนี้ การเสียชีวิตจากโรคทั้งสี่ดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 80.00 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ควรได้รับการเฝ้าระวังและจัดการอย่างเป็นระบบทั้งในระดับประเทศและระดับโลก (WHO, 2024)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด 3 อันดับ ได้แก่โรคมะเร็งทุกประเภท โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.30, 47.10 และ 31.80 ต่อแสนประชากรตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งทั้งในเพศชายและเพศหญิง (กรมควบคุมโรค, 2562) จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีการสูบบุหรี่ร้อยละ 18.70 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 44.60 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.90 ในด้านพฤติกรรมการกินอาหาร พบว่ากลุ่มอายุที่กินอาหาร ครบ 3 มื้อน้อยที่สุด คืออายุ 15- 29 ปี ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของผู้ชายเท่ากับ 24.20 และผู้หญิงเท่ากับ 25.20 ถือว่าเกินกว่าเกณฑ์ปกติ โดยผู้ชายร้อยละ 37.80 และผู้หญิงร้อยละ 46.40 อยู่ในเกณฑ์อ้วน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ชายร้อยละ 27.70 และผู้หญิงร้อยละ 50.40 อ้วนลงพุง

จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อที่มีความรุนแรงและเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี โดยมีเป้าประสงค์เพื่อลดภาระการป่วยการตาย และความพิการที่ป้องกันได้จากโรคไม่ติดต่อ พร้อมพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พัฒนาคู่มือความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามกลุ่มวัยเพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีในทุกกลุ่มวัย (ชมพากาญจน์ ทองสี, 2564) หนึ่งในนโยบายสำคัญในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายคือการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มทำงาน (วิชุดา นพเสริฐ และคณะ, 2566; เจนวิทย์ ศรพรหม และธนศ ศรพรหม, 2566) ดังนั้นการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยให้กลุ่มวัยทำงานมีสุขภาพที่ดี ลดโอกาสในการเกิดโรคเรื้อรังได้ และเพื่อให้การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน กลุ่มวัยทำงานจึงควรปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ดังนี้

อ.ที่ 1 อาหาร ควรรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ ลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่ใช้น้ำมันทอดซ้ำหลายครั้ง พร้อมเลือกกินอาหารที่หลากหลาย ไม่ซ้ำจำเจ

อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงและยืดอายุ ควรทำอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3-5 วัน

อ.ที่ 3 อารมณ์ โดยเลือกทำกิจกรรมที่ชอบ และผ่อนคลาย เพื่อลดความเครียดและเพิ่มความสุข เช่น ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ พบปะเพื่อนฝูง หรือการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

ส.ที่ 1 ลดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

ส.ที่ 2 ลดการดื่มสุรา การดื่มสุราทำให้ความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจ เสี่ยงเป็นตับอักเสบ ตับแข็ง สมรรถภาพทางเพศลดลงและเพิ่มโอกาสเกิดอุบัติเหตุ กลุ่มวัยทำงานควรปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และห่างไกลจากโรคเรื้อรัง (พรภัทรา แสนเหลา และคณะ, 2565)

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคล ช่วยให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Don Nutbeam, 2008) ทั้งนี้ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กล่าวว่าเป็นทักษะในการเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ ประเมินและจัดการสุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ (กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

จะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่น้อยกว่า (จิตเจียรไน สุชัยรัตน์ และคณะ, 2565; อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ, 2565) นอกจากนี้พบว่าแต่ละเพศจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ, 2564) อาชีพและการมีหรือไม่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ล้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายความว่าผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ได้ดียิ่งขึ้น (จงกลณี ชันอาสา และคณะ, 2563) นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรค ทั้งในเรื่องของ 3อ.2ส. การป้องกันไข้เลือดออก โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคพยาธิใบไม้ ผู้ที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถจัดการกับความเครียดและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุราลดลง อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะไปรับการตรวจสุขภาพเป็นประจำสม่ำเสมอ และเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (ปาจรา โพธิ์หัง, 2564) โดยบุคคลมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อที่ดีจะทำให้พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีขึ้นไปด้วย (ปัญญา ฤทธิ์บุญ, 2566)

บริษัท ท่าอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน) (ทอท.) หรือชื่อภาษาอังกฤษคือ Airports of Thailand Public Company Limited (AOT) เป็นรัฐวิสาหกิจสังกัดกระทรวงคมนาคม เป็นองค์การบริหารงานท่าอากาศยานระดับชาติของไทย ท่าอากาศยานที่อยู่ในความรับผิดชอบของ ทอท. ทั้ง 6 แห่งได้แก่ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ท่าอากาศยานดอนเมือง ท่าอากาศยานภูเก็ต ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ท่าอากาศยานหาดใหญ่ ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย โดยท่าอากาศยานมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไม่ใช่แค่ระดับเมืองหรือภูมิภาคเท่านั้นแต่สามารถขับเคลื่อนเศรษฐกิจได้ในระดับประเทศ โดยท่าอากาศยานทำหน้าที่เป็นตัวขับเคลื่อนและสัญลักษณ์ของเมืองที่สนามบินนั้นตั้งอยู่ ทั้งนี้ในส่วนของท่านท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ยังมีบทบาทเป็นศูนย์กลางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการบิน (Regional Center for Aviation-Related Business) เพื่อให้บริการแก่กลุ่มประเทศกลุ่มแม่น้ำโขง และภูมิภาคจีนตอนใต้ เช่น ศูนย์ซ่อมอากาศยานและศูนย์พัฒนาบุคลากรด้านการบิน เป็นท่าอากาศยานที่ตั้งอยู่ในจังหวัดเชียงราย มีศักยภาพรองรับผู้โดยสารได้ถึง 3 ล้านคนต่อปี (นิสิต ปาปวน และคณะ, 2567) ในการดำเนินงานของท่านท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ไม่ได้อาศัยเพียงโครงสร้างพื้นฐานหรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยเท่านั้น แต่ยังต้องพึ่งพาบุคลากรที่มีความพร้อมและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีความกดดันสูง

และต้องการความแม่นยำสูง เพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ได้จัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปี การตรวจคัดกรองนี้ไม่เพียงแต่ช่วยป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ยังส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ในปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัดคือ ผลการตรวจสุขภาพได้ถูกจัดเก็บและรายงานในลักษณะรายบุคคลเท่านั้น โดยยังไม่มีการสรุปหรือวิเคราะห์ข้อมูลในระดับหน่วยงาน ซึ่งอาจทำให้หน่วยงานไม่สามารถมองเห็นภาพรวมของสถานะสุขภาพของบุคลากรได้อย่างครบถ้วน ขาดข้อมูลด้านแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยาน พบว่ามีการศึกษาในประเด็นนี้ค่อนข้างจำกัด โดยจะพบเฉพาะงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องของปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ภาวะสุขภาพจากการทำงานเป็นกะ ระดับความเครียด และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ของผู้ปฏิบัติงานในท่าอากาศยาน ซึ่งยังไม่มีการศึกษาวิจัยเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยาน จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้บุคลากรสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสามารถถ่ายทอดความรู้สู่บุคคลอื่นได้ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชนและสังคม

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

1.2.2 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

1.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

1.2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย เป็นอย่างไร

1.3.2 ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย เป็นอย่างไร

1.3.3 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย หรือไม่อย่างไร

1.3.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย หรือไม่อย่างไร

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

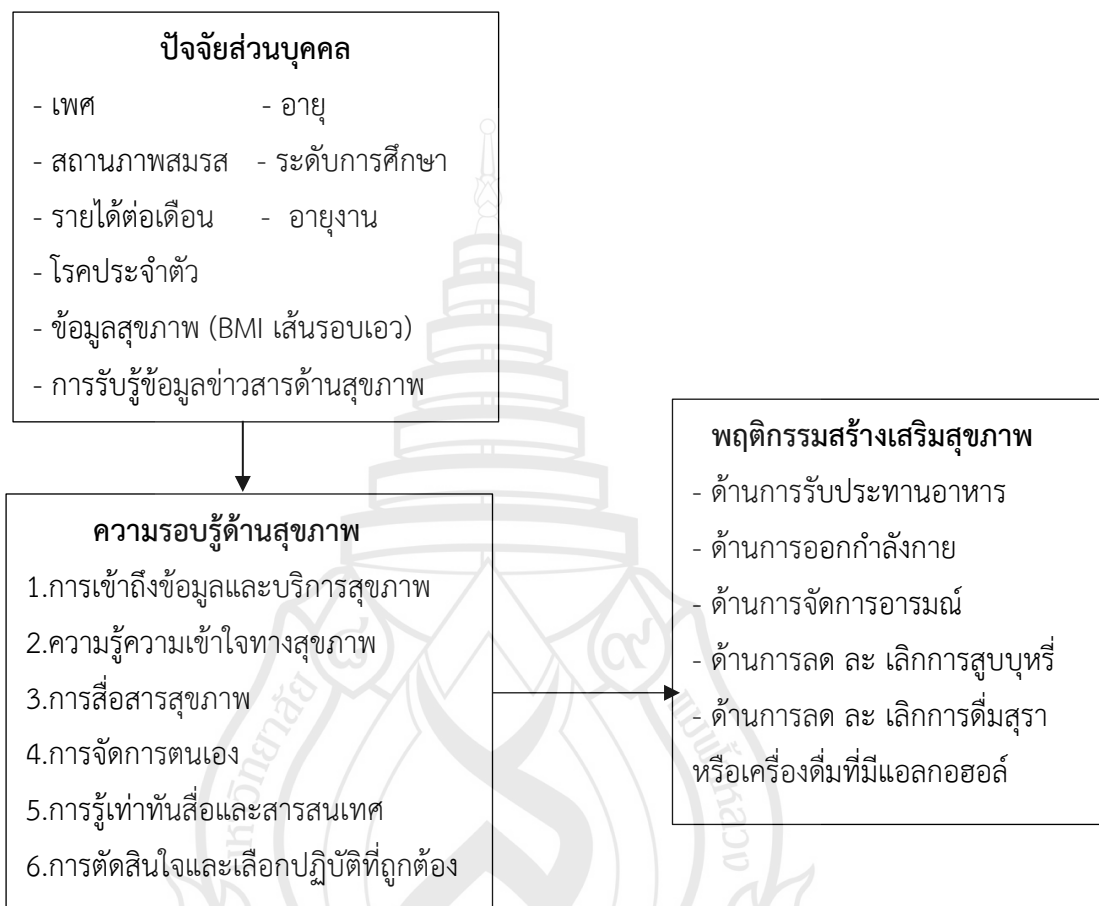
1.4.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย อยู่ในระดับเพียงพอ

1.4.2 ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย อยู่ในระดับดีมาก

1.4.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.4.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

1.6.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลวิจัยที่ได้ ไปกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการ ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

1.7 ขอบเขตของงานวิจัย

1.7.1 ขอบเขตด้านเนื้อหางานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเดือน ธันวาคม 2566 ถึงเดือน สิงหาคม 2567 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน

1.7.2 ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ พนักงานของบริษัทท่าอากาศยานไทยจำกัด (มหาชน) ที่ปฏิบัติงานในสาขาท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 198 คน

1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.8.1 ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย หมายถึง พนักงานของ บริษัทท่าอากาศยานไทยจำกัด (มหาชน) ที่ปฏิบัติงานใน สาขา ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

1.8.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ.2ส. (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.8.3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยาน แม่ฟ้าหลวง เชียงราย

ระดับ ไม่ดี หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.

ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง

ระดับดี หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง

ระดับดีมาก หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

1.8.4 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยาน แม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพเพื่อสุขภาพที่พึงประสงค์ตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม รับประทานอาหารผักหลากหลายชนิดที่มีสีสันท่างกัน ลดอาหารที่มีรสชาติดหวานมันเค็มจัด

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที อบอุ่นร่างกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังกการออกกำลังกายทุกครั้ง

พฤติกรรมกรจัดการความเครียด หมายถึง การควบคุมและการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมกรไม่สูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ไม่ทดลองสูบบุหรี่ และบุคคลที่สูบบุหรี่ ลดละเลิกการสูบบุหรี่

พฤติกรรมกรไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือแม้กระทั่งอาหารที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

1.8.5 ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ระดับพฤติกรรมกรปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยาน แม่ฟ้าหลวง เชียงราย

ระดับ ไม่ดี หมายถึง มีพฤติกรรมกรปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง

ระดับพอใช้ หมายถึง มีพฤติกรรมกรปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย

ระดับดี หมายถึง มีพฤติกรรมกรปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

ระดับดีมาก หมายถึง มีพฤติกรรมกรปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

1.8.6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตน

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม



บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้า และรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่จะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจถึงที่มาของแนวคิด ทฤษฎี เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิด และแนวทาง ในการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์การเจ็บป่วยของวัยทำงาน
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.2.1 ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.2.2 องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ
 - 2.2.3 สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ
- 2.3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.3.1 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.3.2 พฤติกรรม 3อ.2ส.
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สถานการณ์การเจ็บป่วยของวัยทำงาน

2.1.1 วัยทำงาน

วัยทำงาน หมายถึง ประชากรที่อยู่ในช่วงอายุ 15-59 ปี ประชากรวัยนี้ถือเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ขณะเดียวกันยังเป็นเสาหลักสำคัญที่ดูแลสมาชิกของครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งเด็กและคนชรา ดังนั้นประชากรวัยทำงานจำเป็นต้องมีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง พร้อมจะกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในปัจจุบันกลับพบว่าประชากรวัยทำงานเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสูงที่สุด เนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ขาดการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ส่งผลให้วัยทำงานมีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเครียดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผล

ต่อประสิทธิภาพของการทำงาน คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจของประเทศ โดยวัยทำงานสามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ

1. วัยทำงานตอนต้น อายุระหว่าง 15-29 ปี
2. วัยทำงานตอนกลาง อายุระหว่าง 30-44 ปี
3. วัยทำงานตอนปลาย อายุระหว่าง 45-59 ปี

ซึ่งวัยทำงานทุกกลุ่มจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพโดยจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกายตามวัย (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2562)

2.1.2 ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนวัยทำงาน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ระบุว่าประชากรวัยทำงานทั่วโลกที่มีปัญหาสุขภาพนั้นเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 51 และคนวัยทำงานมีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะด้านโภชนาการและด้านการมีกิจกรรมทางกาย จากการสำรวจปัญหาสุขภาพคนวัยทำงานในรัฐวอร์ชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีดัชนีมวลกายมากกว่า $>30 \text{ kg/m}^2$ ร้อยละ 24.60 เช่นเดียวกับคนวัยทำงานในประเทศไต้หวัน มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 21.20-24.40 และมีภาวะ Metabolic syndrome ร้อยละ 15.30 - 22.00 และในประเทศอินเดียพบปัญหาสุขภาพของคนงานโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.50 โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.40 คอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 13.50 และไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 16.20 (นุชนาถ เจริญรักษ์, 2564)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวมจากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหย่าบอันมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.30 47.10 และ 31.08 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ เมื่อพิจารณาการตายจำแนกตามรายโรคของประชากรไทยทุกกลุ่มอายุใน พ.ศ. 2557 โดย 10 อันดับแรกพบว่า 5 อันดับแรกส่วนใหญ่มีสาเหตุการตายจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กล่าวคือ เพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ร้อยละ 11.10 ของการตายทั้งหมดในเพศชาย รองลงมาอีก 4 อันดับ คือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 7.80 อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 7.40 โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 6.50 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 6.00 ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมาก

ที่สุด ร้อยละ 14.60 ของการตายทั้งหมดในเพศหญิงรองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 8.80 ไตอักเสบและไตพิการ ร้อยละ 4.00 และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 3.70 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการตายจำแนกรายสาเหตุระหว่างเพศ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

นอกจากนี้ลักษณะการทำงานยังมีผลกระทบต่อสุขภาพ ในกรณีศึกษาการทำงานเป็นกะของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม มีผลกระทบด้านสุขภาพทางด้านร่างกายประกอบด้วย อาการปวดศีรษะ ปัญหาด้านระบบทางเดินอาหาร ร่างกายอ่อนล้าเนื่องจากนอนหลับไม่เพียงพอ และปัญหาด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานเป็นกะของพนักงานยังมีผลกระทบด้านครอบครัว สังคมและการดำเนินชีวิตซึ่งประกอบด้วยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และด้านการเข้าสังคม สำหรับแนวทางการปรับตัวของพนักงานที่ทำงานเป็นกะในเบื้องต้น คือ การปรับเวลานอนงดอาหารประเภทคาเฟอีน การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกหากิจกรรมคลายเครียด และระบายเรื่องทุกใจให้ผู้ฟัง (วรรณภา ลือกิตินันท์, 2562) และลักษณะการทำงานในสำนักงานส่วนใหญ่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนั่งประมาณ 8 ชั่วโมงหรือมากกว่า มีเวลาพักกลางวันสำหรับรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง ทำให้มีพฤติกรรมนั่งทำงานเป็นระยะเวลายาวนาน การนั่งเป็นเวลานานโดยไม่มีการขยับตัวหรือเคลื่อนไหวทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เวลาที่ใช้ยังลดเวลาการใช้กล้ามเนื้อส่งผลให้กล้ามเนื้อล้าใหญ่ลดการทำงานและส่งผลเสียต่อสมรรถภาพหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งกระบวนการเผาผลาญที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้บุคคลที่นั่งประจำที่เป็นเวลานานโดยไม่มีการขยับตัวหรือนั่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้นแต่การขยับตัวหรือนั่งอยู่ประจำทุก ๆ 30 นาทีสามารถป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการอยู่นิ่งเป็นเวลานานได้ (ชวพัส โตเจริญบดี และคณะ, 2567)

การศึกษาจากการสำรวจเบื้องต้นความเครียดของบุคลากร บริษัท ท่าอากาศยานไทย จำกัด มหาชน (ทอท.) ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 199 คน ด้วยแบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า บุคลากร ทอท. มีความเครียดระดับต่ำร้อยละ 48.00 ปานกลางร้อยละ 42.00 สูงร้อยละ 6.00 รุนแรงร้อยละ 4.00 และข้อมูลวินิจฉัยเบื้องต้นบุคลากร ทอท. ร้อยละ 40.00 ที่ทำแบบประเมินมีสัญญาณเฝ้าระวัง ร้อยละ 10.00 มีความเครียดในเขตอันตราย กรณีที่รับค่าปรึกษาทางจิตวิทยาแบบเผชิญหน้า จำนวน 24 คน และพบว่า ร้อยละ 42.00 มีพฤติกรรมของโรคซึมเศร้าและสมาธิสั้นประกอบกับ ผลการสำรวจความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อ ทอท.ประจำปี 2562 โดยสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติพบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคลากรไม่ผูกพันต่อองค์กรมากที่สุดคือ ไม่มีความสุขในการทำงาน แล้วยังแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทำให้เพื่อนร่วมงานรู้สึกแค้นตามไปด้วย โดยปัจจัยสาเหตุความเครียดของ ทอท. ประกอบด้วยภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในงาน

ความก้าวหน้าในสายอาชีพ ค่าตอบแทนผลประโยชน์ สัมพันธภาพและการยอมรับจากผู้อื่น สภาพแวดล้อมบรรยากาศในการทำงานที่ปลอดภัยซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความอยู่ดีมีสุขของบุคลากร(ศราวุฒิ โนเลียม และคณะ, 2564)

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ผู้วิจัยศึกษาประชากรในกลุ่มวัยทำงานอายุ 18-59 ปี เนื่องจากเป็นวัยทำงานและเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ รวมถึงเป็นเสาหลักสำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และในปัจจุบันสัดส่วนคนวัยทำงานมีแนวโน้มค่อย ๆ ลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลง และการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเตรียมพร้อมของวัยทำงานเพื่อการเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นพลังให้กับสังคมพึ่งพาตัวเองได้อย่างเหมาะสม และเป็นภาระต่อสังคมน้อยที่สุด จึงถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ.1974 และต่อมาได้มีการกำหนดนิยามขึ้นอย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.1998 (วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน, 2562) ซึ่งประเทศไทยได้ให้ความหมายและ ใช้คำเรียก Health Literacy ที่หลากหลาย โดยมีหลายหน่วยงานได้บัญญัติคำเรียกของ Health Literacy ดังนี้

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2541 ซึ่งแปลจากนิยามขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1998

2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยแผนงานสร้างเสริมสุขภาพของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี พ.ศ.2550 ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ

3. ความฉลาดทางสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health Literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2553

4. ความฉลาดทางสุขภาพกำหนด ขึ้นโดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ในโครงการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มนักเรียนของมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย ภาคใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี พ.ศ.2553

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการผู้บริหารระดับสูง ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 (กิตติยาภรณ์ อุทุมพร, 2563)

ในด้านการให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายและนิยามในระดับ นานาชาติ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) (1998) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดี (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association (AMA) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทั้งหมดซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติ ตนในการดูแลรักษาสุขภาพ” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556 อ้างอิงใน เอกชัย ชัยยาทา, 2560)

Nutbeam (2008) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ทักษะทาง ปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลช่วยให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (อ้างอิงในสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565)

Australian Bureau of Statistics (2008) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงความรู้และทักษะจำเป็นที่ใช้สำหรับการทำความเข้าใจและการนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สุขภาพมาใช้ ได้แก่ การใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันและรักษาโรค ความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ การปฐมพยาบาลเหตุฉุกเฉินและการรักษาสุขภาพดี

Freed man et al. (2009) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถที่ได้รับในกระบวนการทำความเข้าใจ การประเมินและการปฏิบัติตามข้อมูล ที่จำเป็นของบุคคลและกลุ่มบุคคล ต่อการตัดสินใจด้านสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ สำหรับชุมชน (อ้างอิงใน กิ่งแก้ว สารยรินและ นิทรา กิจธีระวุฒิจิ, 2561)

Sorensen et al. (2012) ได้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหา การได้รับ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และการประเมิน การกลั่นกรองข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการเข้าถึง และการนำไปสู่การตัดสินใจ ประยุกต์ข้อมูลทางด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจในการรักษาสุขภาพหรือพัฒนาสุขภาพ (อ้างใน กิ่งแก้ว สำรวรรัตน์และ นิทรา กิจธีระวุฒิมิข, 2561)

Shum et al. (2016) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินผล การสื่อสารและการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพในการตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเอง (อ้างใน กิ่งแก้ว สำรวรรัตน์และ นิทรา กิจธีระวุฒิมิข, 2561)

กองสุศึกษา (2559) นิยามว่า Health literacy คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการ ปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ (อ้างอิงใน เอกชัย ชัยยาหา, 2560)

โดยสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง เป็นทักษะสำคัญที่บุคคลสามารถ การกระทำ ด้วยการใช้ความสามารถทางปัญญาและทางสังคม ในการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูล ประเมิน ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ ตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสมและเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเองตลอดจนครอบครัวและชุมชน

2.2.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะ ในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและ เขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจาก แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตาม คำแนะนำเช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 Communicative/Interactive Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการ มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นกรรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้ เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 Critical Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและ รักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง (อังคินันท์ อินทรกำแหง , 2560)

แนวคิดของ Nutbeam (2008) โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) (2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) (4) การจัดการตนเอง (Self-management) (5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ (6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดนี้พัฒนามาจากการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพทางสังคมให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

จากการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยมักจะมีการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561)

1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ ทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ความสามารถในการค้นหา การเข้าถึงเครื่องมือและรู้วิธีการค้นหาความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง

2. ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการจดจำเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ความสามารถในการเข้าใจเนื้อหาสาระหรือประเด็นสำคัญด้านสุขภาพ และความสามารถในการคิดวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

3.ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพด้วยการพูด อ่าน เขียน ให้ผู้อื่นเข้าใจ

4.การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติรวมถึงการทำตามแผนที่กำหนดไว้

5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะให้กับสังคม

6.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีรวมถึงการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิบัติ

การวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพแบบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1.ทักษะการเข้าถึง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการกลั่นกรอง และตรวจสอบความเหมาะสม หรือความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพที่บุคคลได้รับแต่ละแหล่ง

2.ทักษะการเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพที่ตนได้รับได้ ตลอดจนรวมถึงการมีวิธีการทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพได้

3.ทักษะการไต่ถาม หมายถึง ความสามารถในการวางแผนใช้คำถาม ทักษะการคิดเพื่อการตั้งคำถาม การเลือกใช้คำถาม และการประเมินคำถามของตนเองว่ามีความเหมาะสม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องหรือครบถ้วนหรือไม่

4.ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการระบุประเด็นปัญหาการสร้างทางเลือกในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และการประเมินทางเลือกที่เหมาะสมกับลักษณะหรือบริบทของตนเอง รวมถึงความสามารถในการแสดงจุดยืน หรืออธิบายจุดยืนทางด้านสุขภาพของตนเองกับผู้อื่นได้

5.การนำไปใช้ หมายถึง ความสามารถในการเตือนตนเองให้ปฏิบัติตามแผนในการส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพที่ตนได้เลือก และมีความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพได้ตามแผนที่วางไว้ (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2565)

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้จำแนกองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ เป็นคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill)
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill)
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)
4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill)
5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)

โดยได้มีการกำหนดความหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม (กองสุขศึกษา, 2559)

ตารางที่ 2.1 สรุปข้อมูลด้านความรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ/ชื่อผู้แต่ง	การเข้าถึง ข้อมูล	ความรู้ ความเข้าใจ	ทักษะการ สื่อสาร	การ จัดการ ตนเอง	การรู้เท่า ทันสื่อ	ทักษะการ ตัดสินใจ เลือกปฏิบัติ	การแสวงหา และการ เจรจาต่อรอง เลือกรักษา	ตรวจสอบ วิเคราะห์ แปลความ ประเมินค่า
WHO (1998)	✓	✓						
Shoou-Yih-Lee et al. (2004)		✓						
Rootman (2004)						✓		✓
Kwan et al. (2006)	✓	✓	✓				✓	✓
Paasche-Orlow et al. (2007)	✓							
Nutbeam (2008)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Edwards et al. (2012)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Sorensen et al. (2012)	✓	✓		✓	✓			✓
อังศินันท์ อินทรกำแหง (2556)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
กองสุศึกษา (2558)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

องค์ประกอบ/ชื่อผู้แต่ง	ผลลัพธ์ ของความ รอบรู้ด้าน สุขภาพ	ความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้และ ผู้รับบริการ สุขภาพ	ทักษะ การรับรู้	การ ใช้ข้อมูล	การดูแล ตนเอง	การปฏิบัติ ตาม คำแนะนำ	พฤติกรรม เสี่ยงทาง สุขภาพ	การรู้ หนังสือ
WHO (1998)			✓	✓				
Shoou-Yih-Lee et al. (2004)		✓			✓	✓	✓	✓
Rootman (2004)								✓
Kwan et al. (2006)								
Paasche-Orlow et al. (2007)		✓			✓			✓
Nutbeam (2008)								
Edwards et al. (2012)	✓							
Sorensen et al. (2012)								
อังคินันท์ อินทรกำแหง (2556)								
กองสุขศึกษา (2558)								

ที่มา รัตนชีกร กุญแจทอง และคณะ (2564, หน้า 43-44)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายองค์ประกอบในการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการศึกษาเน้นการวัดทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) และกองสุศึกษา (2558) ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 สรุปองค์ประกอบการวิจัย

องค์ประกอบการวิจัยครั้งนี้	องค์ประกอบจากการทบทวนงานวิจัย
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	การเข้าถึงข้อมูล การแสวงและการเจรจาต่อรองเลือกการรักษา
ความรู้ความเข้าใจ	ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการรับรู้ การรู้หนังสือ
ทักษะการสื่อสาร	ทักษะการสื่อสาร ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ
การจัดการตนเอง	การจัดการตนเอง การดูแลตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำ
ความรู้เท่าทันสื่อ	การรู้เท่าทันสื่อ
ทักษะการตัดสินใจ	ทักษะการตัดสินใจ การใช้ข้อมูล ตรวจสอบ วิเคราะห์ แปลความ ประเมินค่า ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่มา รัตนชีกร กุญแจทอง และคณะ (2564, หน้า 45)

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 6 องค์ประกอบตามแนวคิดของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ดังนี้ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) (2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) (4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) (5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)

2.2.3 สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วโลก

ข้อมูลจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2015) ในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 16 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2003 ในประเทศพบว่า 77 ล้านคนในวัยผู้ใหญ่หรือร้อยละ 35.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Low health literacy) โดยผลสำรวจพบว่า มีเพียงร้อยละ 12.00 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูง (Proficient health literacy) ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง (Intermediate health literacy) คิดเป็นร้อยละ 53.00 และอยู่ในระดับพื้นฐานและต่ำกว่า (Basic and below health literacy) คิดเป็นร้อยละ 35.00 และอัตราของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำนี้ จะพบสูงขึ้นในประชาชนบางกลุ่มได้แก่ ผู้สูงอายุ ชนกลุ่มน้อย ชนผิวสี ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ผู้ป่วยและผู้ที่มีฐานะยากจน และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่วัดจาก ทักษะการอ่านมีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ อัตราการเข้ารักษาพยาบาล (Hospitalization rates) ผลการวัดสุขภาพระดับโลก (Global health measures) และโรคเรื้อรังบางชนิด (Some chronic diseases)

ในประเทศแคนาดา ได้สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศ (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008) โดยทำการในประชาชนแคนาดาวัยผู้ใหญ่อายุ 16 ปีขึ้นไปจำนวน 23,000 คนพบว่า ร้อยละ 55.00 หรือประมาณการว่าผู้ใหญ่ชาวแคนาดา 11.70 ล้านคน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าในระดับที่เพียงพอหรือต่ำกว่าระดับ 3 จาก 5 ระดับ และในจำนวนนี้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี ถึงร้อยละ 88.00 และขาดความรอบรู้ในด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรคและการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพและยังพบว่า ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำ และในรายงานนี้ได้เสนอวิสัยทัศน์ประเทศว่าประชาชนแคนาดาทุกคนควรมีความสามารถและมีโอกาสที่ได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพที่จำเป็นและใช้ข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถถ่ายทอดข้อมูลต่อคนอื่นสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ทั้งในครอบครัวและชุมชน จัดตั้งเครือข่ายหรือกลุ่มปฏิสัมพันธ์ร่วมกันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยภาครัฐใช้กลยุทธ์ในการเพิ่มโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านหลักสูตรชีวิตที่มีความหลากหลาย ตามกลุ่มวัย ได้แก่ วัยก่อนเรียน วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

สำหรับประเทศนิวซีแลนด์ ผลสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ชาวเมารีเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่ใช่ชาวเมารี ข้อมูลได้นำเสนอไว้ในรายงานการสำรวจทักษะชีวิตและการรู้หนังสือในผู้ใหญ่ (Adult literacy and life skill survey - ALL) ซึ่งสำรวจในกลุ่มประชากรอายุ

ระหว่าง 16–65 ปี โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย ทั้งในด้านเชื้อชาติ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระดับรายได้ ผลการสำรวจระบุว่าร้อยละ 56.20 ของผู้ใหญ่ชาวนิวซีแลนด์มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยพบว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำส่วนใหญ่ประกอบด้วย ชาวเมารีเพศชายจำนวน 4 ใน 5 คน และชาวเมารีเพศหญิงจำนวน 3 ใน 4 คน โดยลักษณะร่วมของกลุ่มนี้ ได้แก่ การอาศัยอยู่นอกเขตเมือง มีอายุอยู่ในช่วง 50–65 ปี มีระดับการศึกษาต่ำ ประกอบอาชีพใช้แรงงาน และไม่ได้ประกอบอาชีพ

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพใน 8 ประเทศของยุโรป (HLS-EU Consortium, 2012) รวม 7,795 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ประเทศเยอรมัน กรีซ เนเธอร์แลนด์ ออสเตรีย สเปน ไอร์แลนด์ บัลแกเรีย และโปแลนด์ คิดเป็น จำนวน 1,045, 998, 993, 979, 974, 959, 925 และ 922 คน ตามลำดับ ประเมินด้วยแบบวัด The HLS-EU-Q47 ตามเกณฑ์การแบ่งระดับการวัดเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ ดีเยี่ยม พอเพียงเป็นปัญหา และไม่พอเพียง (Excellent.Sufficient, Problematic and Inadequate) ในภาพรวมพบว่า ประชาชนในยุโรปมีระดับความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอเพียง คิดเป็นร้อยละ 36.0 รองลงมาอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา ระดับดีเยี่ยมและระดับไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 35.2, 16.5 และ 12.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ตามลำดับ หรือกล่าวได้ว่า จำนวนประชาชนยุโรปมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มที่พอเพียงขึ้นไปกับระดับที่เป็นปัญหาลงไปใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 52.4 และ 47.6 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเป็นรายประเทศพบว่า ประเทศที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเยี่ยมและพอเพียงรวมกัน จากสูงสุดตามลำดับ คือ ประเทศเนเธอร์แลนด์ ไอร์แลนด์ โปแลนด์ กรีซ เยอรมัน ออสเตรีย สเปนและบัลแกเรีย คิดเป็นร้อยละ 71.4, 60.0, 55.4, 55.2, 53.7, 43.6, 41.7 และ 37.9 ตามลำดับ และประเทศที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาและไม่พอเพียงรวมกัน จากสูงสุดตามลำดับคือ ประเทศบัลแกเรีย สเปน ออสเตรีย เยอรมัน กรีซ โปแลนด์ ไอร์แลนด์ และเนเธอร์แลนด์ คิดเป็นร้อยละ 62.1, 58.3, 56.4, 46.3, 44.8, 44.6, 40.0 และ 28.7 ตามลำดับ และพบว่าประชาชนในยุโรปถึงแม้จะมีระดับการศึกษาที่อ่านออกเขียนได้ครบ 100% แต่ยังเป็นข้อจำกัดของประชาชนกลุ่มป่วยที่พบว่ามีปัญหาในการรับรู้และสื่อสารกับแพทย์ให้เข้าใจถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ด้านกลุ่มประเทศในเอเชีย พบว่าผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงปี ค.ศ. 2013 - 2014 โดย Duong Tuyen ที่มีการเก็บข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพผู้ใหญ่ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปใน 6 ประเทศ จำนวน 10,024 คน ประกอบด้วย ประเทศอินโดนีเซีย คาซัคสถาน มาเลเซีย พม่า тайวัน และเวียดนาม จำนวน 1,029, 1,845, 462, 1,600, 3,015 และ 2,073 คน ตามลำดับ มีการกระจายตามอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และสถานภาพทางสังคม โดยประยุกต์ใช้แบบวัด the HLS-EU.-Q47 ของ Sorensen ในปี 2013 ซึ่งแปลเป็น 7 ภาษาและเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ของผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกจากคณะกรรมการ

the Asian Health Literacy Survey Consortium (AHLs) ที่มาจากผู้แทนแต่ละประเทศ ใช้การสุ่มหลายขั้นตอน เพื่อให้กระจายในแต่ละเมืองและภูมิภาคของแต่ละประเทศ แบบวัดมีจำนวน 47 ข้อ และปรับมาตรวัดตาม Likert scale เป็น 4 ระดับ คือ ให้คะแนน 1 หมายถึง ยากมาก 2 ยาก 3 ง่าย และ 4 คือ ง่ายมาก โดยมีองค์ประกอบการวัด 4 ด้านคือ การเข้าถึง (Access/Obtain) ความเข้าใจ (Understand) การตรวจสอบ ประเมินและตัดสินใจ (Appraise/Evaluate/Judge) และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ (Apply/Use health information) ในบริบท 3 มิติคือ การดูแลรักษา การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha มากกว่า 0.90, item-scale correlation มากกว่าหรือเท่ากับ 0.40) ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis - CFA) อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ของทั้ง 6 ประเทศ รายงานผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและระดับสถานภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ทั้งนี้ผลการสำรวจในประเทศญี่ปุ่น ตามที่ Kazuhiro Nakayama et al. (2015) ได้รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพทั่วไป (General health literacy: GEN-HL) ของคนญี่ปุ่น โดยเปรียบเทียบกับผลสำรวจในประเทศยุโรป ในกลุ่มอายุ 20 - 69 ปี จำนวน 1,054 คน มีระดับการศึกษาสูงสุดตั้งแต่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงปริญญาเอก มีรายได้ ตั้งแต่ต่ำกว่า 2.5 ไปจนถึงมากกว่า 12.5 ล้านเยนต่อปี อาชีพทั้งในกลุ่มไม่มียานทำ เป็นแม่บ้าน ทำงานนอกเวลาทำงานบริหาร ทำงานวิชาชีพ เป็นนักเรียนนักศึกษา ที่กระจายอยู่ในเมืองขนาดเล็ก กลาง ใหญ่และใหญ่มากโดยเปรียบเทียบกับผลสำรวจใน 8 ประเทศยุโรปข้างต้น ใช้แบบสอบถามในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปจำนวน 47 ข้อ ที่มีระดับความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.97 และ ค่าอำนาจจำแนก Pearson's correlation coefficients เท่ากับ 0.18 - 0.22 และแบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ คือ ดีเยี่ยม (Excellent) พอเพียง (Sufficient) มีปัญหา (Problematic) ไม่พอเพียง (Inadequate) และมีจำกัด (Limited) ผลการสำรวจพบว่า คนญี่ปุ่นมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าคนยุโรป คือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 33.8 ± 8.0 ในยุโรป และ 25.3 ± 8.2 ในญี่ปุ่น และเมื่อพิจารณาในแต่ละระดับพบว่า ในระดับดีเยี่ยม มีจำนวนร้อยละ 2.00 - 4.20 ในญี่ปุ่นและร้อยละ 15.60 - 21.30 ในยุโรป ระดับพอเพียงมีจำนวนร้อยละ 10.20- 18.30 ในญี่ปุ่นและร้อยละ 33.50 - 39.10 ในยุโรป และระดับไม่พอเพียงมีจำนวนร้อยละ 40.9 - 60.1 ในญี่ปุ่นและร้อยละ 12.10 - 20.10 ในยุโรป และเมื่อพิจารณาโดยรวมทั้งที่ไม่พอเพียง มีปัญหาและมีจำกัดมากพบว่า มีจำนวนร้อยละ 85.40 ในญี่ปุ่นและร้อยละ 47.90 ในยุโรป ด้านผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไต้หวัน ตามที่ Van Tuyen Duong I -Feng Lin และ Sorensen ทำการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปของคนไต้หวันที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 2,989 คน โดยใช้แบบวัดของยุโรป แปลเป็นภาษาจีน (The Mandarin version of the European Health Literacy Survey

Questionnaire -HLS-EU-Q) ในการสำรวจพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไปอยู่ระดับปานกลาง โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 34.40 + 6.60 ของคะแนนเต็ม 50 และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูง คือ ประชาชนมีความสามารถในการจ่ายค่ายา มีการรับรู้ต่อสถานะทางสังคมสูง มีความถนัดในการดูรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับสุขภาพสูง มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสุขภาพสูง และการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะครอบคลุมถึงสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพร่วมด้วย (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย

ประเทศไทยเริ่มมีการใช้คำว่า "Health Literacy - HL" ในภาษาไทยที่มีความแตกต่างกันในส่วนที่มีความหมายใกล้เคียงกันคือ (1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2541) ใช้คำว่า "ความแตกฉานด้านสุขภาพ" จากการให้นิยามครั้งแรกขององค์การอนามัยโลก (2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2559) ได้ใช้คำว่า "การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ" ที่ครอบคลุมหลักการสำคัญ 4 ข้อ คือ การเข้าถึงข้อมูล การค้นหาข้อมูลได้ การประเมินและเข้าใจข้อมูลได้อย่างถูกต้องและนำไปประยุกต์ได้ (3) สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2553) ใช้คำว่า "ความฉลาดทางสุขภาพ" (4) กองสุกศึกษากรสนับสนุนบริการสุขภาพ (2553) ใช้คำว่า "ความฉลาดทางสุขภาพ" ที่เคยเผยแพร่ใช้กันในวงวิชาการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ กองสุกศึกษา กรสนับสนุนบริการสุขภาพ (2556) ได้เปลี่ยนมาใช้คำว่า "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" ในคู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. และกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2560) "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" เช่นกัน และเสนอหลักการสำคัญ 6 ด้านคือ การเข้าถึงความเข้าใจ การโต้ตอบ/ซักถาม/แลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

สำหรับสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พ.ศ.2562 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอยู่ที่ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 65 ของคะแนนเต็ม หมายความว่า คนไทยเข้าถึง เข้าใจ ซักถาม และตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ และใช้บริการสุขภาพพื้นฐาน (การบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพและผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ) ในระดับปานกลาง คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพน้อยที่สุด รองลงมาการบริการสุขภาพ นั้นหมายถึง คนไทยยังคงได้รับความยากลำบากเมื่อต้องสืบค้น เข้าใจ และซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาและ สุขภาพตลอดจนตัดสินใจเลือกซื้อหรือเลือกรับผลิตภัณฑ์ยา และสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเขตสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 11 ขณะที่เขตสุขภาพที่ 12 มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด นอกจากนี้คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ประมาณร้อยละ 19 หรือ 10 ล้านคน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพและบริการสุขภาพพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของ

ตนเองได้โดยเขตสุขภาพที่มีสัดส่วนคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 10 (ร้อยละ 24.05) รองลงมาเขตสุขภาพที่ 8 (ร้อยละ 23.78) และเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 23.47) โดยทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่ยังเป็นจุดอ่อนของคนไทย คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพ ซึ่งหมายถึง การสืบค้น การค้นหา และรู้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รองลงมาการทบทวนซักถาม ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคนไทยน้อยกว่าในทุกทักษะ นอกจากนี้ จะสังเกตเห็นว่าคนดัชต์มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกันและค่อนข้างมีคะแนนสูง (กรมอนามัย, 2562)

2.3 แนวคิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2.3.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ำเนื้อความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอกอาจทำไปโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวอาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ผู้อื่นอาจสังเกตการณ์กระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้ (Jamkratoke, 1998, อ้างอิงในบุรฉัตร จันทรแดงและคณะ, 2562)

ราชบัณฑิตยสถาน (2554) ให้นิยามว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ำเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

บุรฉัตร จันทรแดง และคณะ (2562) ให้คำนิยามพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกของจิตใจทั้งภายในและภายนอก เป็นการกระทำเพื่อสนองความต้องการของบุคคลซึ่งบุคคลอื่นสังเกตและสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้

พันธุทิพย์ รามสูต (2540 อ้างอิงใน ชญาดา พูลศรี, 2561) กล่าวว่าพฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาและกิจกรรมทุกชนิดที่ มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรมและนามธรรมตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจาและการกระทำ สามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจบุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้

โดยสรุป พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่แสดงออกทางร่างกายและจิตใจหรือการแสดงออกที่จะสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนโดยตรงและกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเป็นการทำงานทางความคิดและการรับรู้ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรงจากภายนอก

2.3.2 ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีผู้ให้คำนิยามไว้หลากหลายประเด็นที่แตกต่างกัน ดังนี้

Gallagher and Creedon (2007, อ้างอิงใน พิชญ์ศุภาภาณต์ ไต่เมฆ, 2561) ให้ความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กิจกรรมของบุคคล ครอบครัวและกลุ่มชนในการกระทำเพื่อให้ตนมีสุขภาพที่ดี ไม่เพียงแต่การป้องกันการเจ็บป่วยเท่านั้น

Pender (1987, อ้างอิงใน ชมพากาญจน ทองสี และคณะ, 2564) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพคือการจูงใจ หรือการกระทำใด ๆ ที่มีผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล ในการสร้างเสริมสุขภาพในมุมที่กว้าง มีองค์ประกอบ 3 แบบ คือ สุขภาพ เป็นความปกติความสมดุล และความมั่นคงของร่างกาย สุขภาพเป็นความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่งที่สูงขึ้น และ การให้ความหมายซึ่งมองทั้งสองข้างต้น กล่าวคือสุขภาพเป็นความสมดุลของร่างกายและเป็นการพัฒนา สุขภาพให้ดีขึ้นกว่าเดิม

Edleman Mandle (1994, อ้างอิงใน ชมพากาญจน ทองสี และคณะ, 2564) ได้ให้ความหมายของคำว่าสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการกระตุ้นบุคคลกลุ่มให้สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพเพื่อให้มีความสมบูรณ์ทั้งทาง ร่างกายจิตใจและสังคมรวมทั้งสามารถบ่งบอกและเกิดความตระหนักที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจบุคคลและสิ่งแวดล้อม

Donatelle Davis (1993, อ้างอิงใน ชมพากาญจน ทองสี และคณะ, 2564) การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงผลรวมทางด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีรวมถึงวิทยาศาสตร์และศิลป์ของการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำรงชีวิต ตลอดจนด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้าน เศรษฐกิจและสังคมให้อื้อต่อการเกิดสภาวะสุขภาพสมบูรณ์

Kemm Close (1995, อ้างอิงใน ชมพากาญจน ทองสี และคณะ, 2564) ได้กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การรวมทุกกิจกรรมใด ๆ ที่กระทำเพื่อป้องกันโรค หรือทำให้มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์

สุกัญญา บุญวรสถิต (2559, อ้างอิงใน ชมพากาญจน ทองสี และคณะ, 2564) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร หรือการพักผ่อนการจัดการความเครียด กระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมพฤติกรรมสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

องค์การอนามัยโลก (อ้างอิงใน ชมพากาญจน ทองสี และคณะ, 2564) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมหรือการ สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดสุขภาพะไม่

เพียงแต่เฉพาะแต่ละบุคคล เช่น สุขภาพและ การดำเนินชีวิต แต่ยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและการทำงาน กิจกรรมป้องกันโรคเป็น งานที่ต้องทำควบคู่กับงานสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่า เป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ แต่โดยส่วนใหญ่จะเห็นตรงกันว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นเน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมป้องกันโรคนั้นเน้นที่ความพยายาม ไม่ให้เกิดโรค องค์การอนามัยโรคให้ความหมายของการป้องกันโรค คือ การลด การจำกัด ป้องกันโรค และภาวะแทรกซ้อน และผลที่ตามมาของโรคกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครูปแบบการ ทำงานจำแนกได้เป็น 2 ระดับ

ระดับบุคคล มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคล มีความเข้มแข็งและสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิต และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับชุมชน มุ่งหมายต่อการสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์สังคมให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

โดยสรุป การสร้างเสริมสุขภาพที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลายประเด็น แบ่งเป็นประเด็น การสร้างเสริมสุขภาพในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพประกอบไปด้วยบุคลากรสาธารณสุข ในการบริการการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้รับบริการ และการสร้างเสริมสุขภาพด้วยกระบวนการเคลื่อนไหว ทางสังคมที่จะทำให้ประชาชนนั้นมีความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่มีผลกำหนดสุขภาพ และ พัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้บรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคมสามารถตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตน และตอบสนองต่อปัญหาของตนสามารถเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

2.3.3 พฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

กองสุขศึกษาได้ระบุพฤติกรรมการสร้างเสริมตามหลัก 3อ.2ส. คือ พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม รวมถึงการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (กองสุขศึกษา, 2568) โดยพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. หมายถึง

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ความเครียด
4. พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่
5. พฤติกรรมไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ตารางที่ 2.3 พฤติกรรมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์

พฤติกรรม	พฤติกรรมที่พึงประสงค์
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1. กินผักและผลไม้สดอย่างน้อยวันละครึ่งกิโล 2. ลดอาหารหวาน มัน เค็ม 3. ลดการกินผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง หรือให้พลังงานสูง 4. กินอาหารสุก สะอาด
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ สมรรถนะทางกาย และวิถีชีวิต อย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ระดับปานกลาง - อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที หรือ - อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 50 นาที หรือ - อย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที ระดับหนัก-หนักมาก - อย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที
3. พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ความเครียด	ควบคุมอารมณ์หรือจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม
4. พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่	1. คนที่ไม่สูบ → ไม่สูบอยู่ 2. คนที่สูบ → ลด/ละ/เลิกสูบ 3. คนที่เคยสูบ → ไม่สูบและไม่กลับไปสูบอีก พร้อมกับสนับสนุนบุคคลรอบข้าง
5. พฤติกรรมไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1. คนที่ไม่ดื่ม → ไม่ดื่มอยู่ 2. คนที่ดื่ม → ลด/ละ/เลิกดื่ม

ที่มา กองสุขศึกษา (2568, หน้า 2)

2.3.3.1 อ.อาหาร

การกินอาหารอย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ร่างกาย สมบูรณ์ แข็งแรง ควรกินอาหารได้ครบทั้ง 5 หมู่โดยในแต่ละหมู่ควรเลือก กินให้หลากหลายชนิด ไม่ซ้ำซาก กินอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน ลดหวาน มัน เค็ม ปรุงสุก สะอาด จะสามารถลดภาวะเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคเมตาบอลิก โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ กินผักและผลไม้สดปลอดสารพิษ

เป็นประจำ กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน กินปลา ไข่ และถั่วเมล็ดแห้ง ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย ลดอาหารไขมัน หลีกเลี่ยงการกินอาหารเค็มจัด และหวานจัด อาหารเค็มจัด และหวานจัด ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ควรจำกัดการกินน้ำตาลหรือเกลือวันละไม่เกิน 1 ช้อนชา และควร จำกัดการกินน้ำตาลและไขมันวันละไม่เกิน 6 ช้อนชา กินอาหารที่สุกสะอาด ปราศจากการปนเปื้อนจะช่วยลดอันตรายจากสิ่งปนเปื้อนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเชื้อโรค สารพิษและ สิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ

ตารางที่ 2.4 ตารางพฤติกรรมการกินที่พึงประสงค์

พฤติกรรม	การกินที่ถูกต้อง	คำอธิบาย
1. พฤติกรรมการกินอาหารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพร่างกาย	1. กินอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำซากจำเจ	1. กินอาหารครบ 5 หมู่ มีความหลากหลายทุกวัน
	2. กินผักหลากหลายสี และผลไม้สด	2. กินผักและผลไม้หลากหลายสี อย่างน้อยคนละ 5 ชนิดต่อวัน (ครึ่งกิโลกรัม)
	3. ลดหวาน	3. กินน้ำตาลวันละไม่เกิน 6 ช้อนชา (รวมในน้ำตาลใน ชา แทนน้ำหวาน/อัดลม/ขนมหวาน)
	4. ลดมัน	4. กินไขมันวันละไม่เกิน 6 ช้อนชา (รวมทั้งหมู, น้ำมัน, ครีม)
	5. ลดเค็ม	5. กินเกลือวันละไม่เกิน 1 ช้อนชา เกลือ/ซอส น้ำปลา 5 ช้อนชา (รวมถึงน้ำจิ้ม ซอสปรุงรส ซุปก้อน ผงปรุงรส อาหารหมักดอง)
2. พฤติกรรมการกินอาหารเพื่อปลอดโรค ปลอดภัย	6. กินอาหารปรุงสุก สะอาด ทุกครั้ง	6. กินอาหารที่ได้มาตรฐาน สุก สะอาด ไม่หมดอายุ (ดูฉลากโภชนาการ/อาหารธรรมชาติที่มากกว่าการดัดแปลง)
	7. ใช้อุปกรณ์ประกอบอาหาร/ภาชนะบรรจุที่ถูกสุขลักษณะ	7. ใช้อุปกรณ์ประกอบอาหาร/ภาชนะบรรจุที่ถูกสุขลักษณะ

2.3.3.2 อ.ออกกำลังกาย

หลักการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพต่อหัวใจและร่างกายให้ออกกำลังกายในปริมาณ 10–30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน หรือวันเว้นวัน หรือออกกำลังกาย 10 นาที ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้หยุดพักก่อนแล้วค่อยออกกำลังกายต่ออีกจนครบ 30 นาที กิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างการถูพื้น ทำสวน ยกของ ย้ายของ กระทั่งเดินช้อปปิ้งมาทำให้สุขภาพ แข็งแรงขึ้นได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนชุดกีฬาเพียงแค่ว่าเรามีการขยับให้บ่อย ให้นึก และให้มากเพียงพอ การออกกำลังกาย แบ่งได้ 2 ชนิด คือ

1. การออกกำลังกาย ชนิดแอโรบิก ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ตลอดในขณะออกกำลังกาย เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก การเต้นแอโรบิก

2. การออกกำลังกาย ชนิดแอนแอโรบิก มีการเคลื่อนไหวน้อย แต่ต้องใช้แรงมาก จะทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น เสริมสร้างกล้ามเนื้อให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เช่น การยกน้ำหนัก เพาะกาย

ออกกำลังกายถูกต้องป้องกันโรค

การออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกายจะทำให้ระบบต่างๆของร่างกาย หัวใจ และระบบ ไหลเวียนของเลือด ปอด กล้ามเนื้อ ข้อต่อ กระดูกมีความแข็งแรง อดทน คล่องแคล่ว ว่องไว และทำงานได้ นานขึ้นเพิ่มประสิทธิภาพให้ร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เสริมสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรค ได้เป็นอย่างดี การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ควรปฏิบัติเป็นประจำ โดยออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที และควรเลือกประเภทของ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอาชีพ และสภาพร่างกาย

1. เริ่มต้นด้วยการอบอุ่นร่างกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อข้อต่อ ใช้เวลาอบอุ่นร่างกาย ประมาณ 5 นาที เช่น วิ่งเหยาะ ๆ เดินช้า ๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

2. ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอด กล้ามเนื้อ ได้ทำงานเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายประมาณ 15-20 นาที เช่น เดินเร็ว เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ขุดดิน ทำสวน ทำไร่ หรือเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ

3. ผ่อนคลาย สิ้นสุดการออกกำลังกายด้วยการลดระดับความแรงลงเรื่อย ๆ เพื่อ ผ่อนคลายระดับ การเต้นของหัวใจ ปอด กล้ามเนื้อทุกสัดส่วนของร่างกาย ใช้เวลาผ่อนคลายประมาณ 5 นาที เช่น วิ่งช้า ๆ สลับ การเดิน เดินช้า ๆ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

ตารางที่ 2.5 ตารางพฤติกรรมการออกกำลังกายที่พึงประสงค์

พฤติกรรม	การออกกำลังกายที่ถูกต้อง	คำอธิบาย
1. พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและสุขภาพ	1. ออกกำลังกายแบบแอโรบิก กอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับ สุขภาพและวิถีชีวิต	1. ออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อย 1 ชนิด ที่เป็นแบบแผน เช่น เดิน, เต้น, วิ่ง, ปั่น จักรยาน, กระโดดเชือก, ว่ายน้ำ หรือไม้ เป็นแบบแผน เช่น แทนการขึ้นลิฟต์ด้วย การเดินขึ้นบันได - ระดับปานกลาง: ออก กำลังกายอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ วันละ 30 นาที หรือ 3 วัน/สัปดาห์ วันละ 50 นาที - ระดับหนัก-หนักมาก: อย่างน้อย สัปดาห์ละ 75 นาที
2. พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อหลักอย่างน้อย 1 ชนิด	2. ลดเวลานั่งอยู่กับที่	2. ลดการนั่ง นอนดูทีวี การคุยโทรศัพท์ที่ เล่นอินเทอร์เน็ต เล่นไลน์ เล่นคอมพิวเตอร์ ทุก ๆ ชั่วโมง ละคร้อยอย่างน้อย 10 นาที
3. ออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อเอ็น ข้อต่อต่าง ๆ อย่างน้อย 1 ชนิด	3. ออกกำลังกายแบบฝึก ความแข็งแรงกล้ามเนื้อ เช่น ข้อศอกยาวของร่างกาย อย่างน้อย 1 ชนิด - อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 3 วัน หรือวัน เว้นวัน ฝึกกล้ามเนื้อ 3 เซต ๆ ละ 8-12 ครั้ง)	3. กลุ่มกล้ามเนื้อที่จำเป็น คือ กล้ามเนื้อขา สะโพก ท้อง หลัง อก คอ แขน บ่า ไหล่
3. ออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อเอ็น ข้อต่อต่าง ๆ อย่างน้อย 1 ชนิด	4. ออกกำลังกายแบบฝึก ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย อย่างน้อย 1 ชนิด - อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 3 วัน หรือวัน เว้นวัน (ยืดเหยียด 3-5 ครั้ง ในแต่ละครั้งค้างไว้ 10-30 วินาที)	

ตารางที่ 2.5 (ต่อ)

พฤติกรรม	การออกกำลังกายที่ถูกต้อง	คำอธิบาย
3. ออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้าง ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ต่างๆ อย่างน้อย 1 ชนิด		- การยืดกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอจะช่วย ลดอาการบาดเจ็บและเพิ่มความสามารถใน การเคลื่อนไหวร่างกาย

ออกกำลังกายในวัยทำงาน การออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมสุขภาพของคนวัยทำงาน ทำให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง และป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ควรเลือกออกกำลังกายในแบบที่เหมาะสมกับเวลา วัย อาชีพ และสภาพร่างกาย โดยปฏิบัติต่อเนื่องสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วัน วันละอย่างน้อย 30 นาที เช่น เดินแอโรบิก วิ่งจ็อกกิ้ง เดินเร็ว ว่ายน้ำ เป็นต้น

ออกกำลังกายในวัยสูงอายุ การออกกำลังกายในวัยสูงอายุต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอย การตอบสนองหรือการรับรู้ช้าลง มีปัญหา เรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ ควรออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ เพิ่มความสามารถ และสมรรถภาพของร่างกายแบบไม่หักโหมใช้แรงพอเหมาะ ค่อยเป็นค่อยไป เช่น การเดินช้า ๆ รำมวยจีน การบริหาร ประคบเพลง เป็นต้น

ข้อควรระวัง สำหรับการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ

1. ผู้สูงอายุต้องทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง เพื่อกำหนดชนิดการออกกำลังกายได้อย่าง ถูกต้อง และเหมาะสม

2. ระหว่างออกกำลังกายต้องสังเกตอาการเตือนของหัวใจ ถ้าเต้นเร็ว ใจสั่น เต้นไม่สม่ำเสมอควรหยุด การออกกำลังกาย และพบแพทย์โดยเร็ว

3. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ควรปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

ข้อแนะนำ การออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อขอคำแนะนำในการออกกำลังกาย และกำหนดชนิด และขนาดความแรงของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และสภาวะการเจ็บป่วย

2.3.3.3 อ.อารมณ์

การที่บุคคลขาดทักษะการเผชิญกับปัญหาขาดทักษะการจัดการกับความเครียดจะก่อให้เกิดโรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า โดยมีการศึกษาพบว่าบุคคล ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะเผชิญกับความเครียดได้

อารมณ์ที่ดีส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้ร่างกายหลั่ง endorphine ทำให้มีความรัก ความอบอุ่น ทำให้การไหลเวียนของโลหิตเร็วขึ้น ผิวหน้าร้อนแดง การทำงานของร่างกาย

ดีขึ้น สุขุขสนุกส่งผลให้ร่างกาย ตื่นตัว การทำของสมองดี ความคิดอ่านดี ทำให้ภูมิคุ้มกันดีขึ้น
 อารมณ์ไม่ดีจะทำให้เป็นผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย และหากอารมณ์ไม่ดีนั้นมีความรุนแรง
 คงอยู่นาน ก็จะส่งผลต่อสุขภาพทางกาย เช่น

1. อารมณ์โกรธ เมตูลาของต่อมหมวกไตจะหลั่งอะดรีนาลีนไหลเวียนทั่วร่างกายทำ
 ให้ตับปล่อยน้ำตาล เข้าไปในเลือดส่งผลให้ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจแรง และเร็วความ
 โกรธอย่างรุนแรงในผู้ป่วย โรคหัวใจอาจส่งผลทำให้หัวใจวายได้

2. อารมณ์กลัว ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นโดยดึง
 น้ำตาลจากตับ และ กล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง หดก้าง ปากแห้ง มือสั่น

3. อารมณ์เครียด ถ้ามีมากเกินไปทำให้ร่างกายตื่นตัวสูง เม็ดเลือดขาวมากขึ้น
 ภูมิคุ้มกันร่างกายน้อย และนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจ และปัญหาด้านอื่นๆ คือ ความโกรธ (ใจร้อน
 รุนแรง ก้าวร้าว) หากควบคุมไม่ได้อาจจะทำให้เกิดความรุนแรงทำให้ทำร้ายผู้อื่น หรือตนเองได้วิธี
 เอาชนะความโกรธเฉพาะหน้าให้ลดการกระตุ้นสิ่งที่เป็นสาเหตุของความโกรธ โดยหันไปทำเรื่องอื่น
 เช่น ใช้วิธีนับ 1-10 เติมน้ำเย็น ฝึกสมาธิหรือทำ จิตใจให้สงบอยู่เสมอออกกำลังกาย
 ทำงานที่ต้องใช้แรงมาก ๆ จะช่วยลดความโกรธได้เป็นต้น

4. อารมณ์เศร้า (ความรู้สึกด้อยค่า) เกิดจากความผิดหวัง หรือสูญเสีย
 วิธีการลดความเศร้า ให้ดำเนินชีวิต ตามปกติ ทำงานที่เคยทำ พูดคุยกับคนใกล้ชิด หรือคนที่เคยติดต่อ
 ด้วย ไม่ควรอยู่คนเดียว เปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อม เช่น ไปหาเพื่อนเล่นกีฬาด้วยกัน เข้าชมรม
 ทำกิจกรรมที่ชอบ ทำกิจกรรมที่สร้างความภูมิใจให้ ตนเอง เช่น อ่านหนังสือเพิ่มพูนความรู้เป็นต้น

5. อารมณ์วิตกกังวล เป็นความกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เช่น กลัวว่าจะล้มเหลว กลัว
 ผิดหวัง กลัวยอมรับ ความรู้สึกไม่ดีที่ตามมาไม่ได้

ตารางที่ 2.6 ตารางพฤติกรรมจัดการความเครียดที่พึงประสงค์

พฤติกรรม	การจัดการความเครียด ที่ถูกต้อง	คำอธิบาย
พฤติกรรม การจัดการ ความเครียด	มีวิธีการจัดการความเครียดให้กับ ตนเองอย่างน้อย 1 วิธีทุกครั้งเมื่อ มีความเครียด	ความสามารถในการหาวิธีการจัดการ ความเครียดให้กับตนเองได้อย่างน้อย 1 วิธี ทุกครั้งเมื่อมีความเครียด เช่น 1. การออกกำลังกาย 2. กิจกรรมการพักผ่อน เช่น การฟังเพลง ดู หนัง อ่านหนังสือ 3. การเข้าสังคม การพูดคุยกับเพื่อนหรือ ครอบครัว 4. การนวดไทยเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5. การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมร่วมกับผู้อื่น

2.3.3.4 ส.สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ มากกว่า 25 ชนิด และทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิด โรคหัวใจสูงขึ้นเป็น 2 เท่า อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น 6 เท่า และอัตราเสี่ยงของการ เกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้นเป็น 10 เท่า การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่สั้นลง โดยเฉลี่ย 5-8 ปี ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่ วัยรุ่น และไม่หยุดสูบ ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนก่อนอายุ 70 ปี ควันบุหรืมีสารพิษอยู่มากมาย เช่น

1. นิโคติน มีลักษณะเป็นน้ำมันไม่มีสี มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง
2. ทาร์เป็นน้ำมันเหนียวข้น สีสน้ำตาล จะเข้าไปจับอยู่ที่ปอดทำให้ระคายเคือง ถุงลมในปอดขยายขึ้น
3. คาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง
4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ทำลายเยื่อหลอดลม ทำให้ถุงลมโป่งพอง
5. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ทำลายเยื่อหลอดลมชนิดมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปทำลายหลอดลม ได้ง่าย ซึ่งสารเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่

บุหรืมือสอง นอกจากจะเกิดผลเสียต่อตัวผู้สูบบุหรี่เองแล้ว การสูบบุหรืยังได้ส่งผลกระทบต่อสภาวะ สุขภาพของบุคคลอื่นเมื่อสูดดมควันบุหรืเข้าไป (Secondhand smoke) บุหรืมือสอง

นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อ การเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจถ้าเป็นทารกเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน โดยไม่ทราบสาเหตุ และเป็นมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 30 ซึ่งเป็นผลมาจากการหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดเข้าไป เนื่องจากในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารพิษต่างๆไม่ต่ำกว่า 4,000 ชนิด และเป็นสารก่อมะเร็ง ไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด ซึ่งควันบุหรี่มี 2 ชนิด คือ ควันบุหรี่ที่เกิดจากตัวบุหรี่เอง (Mainstream) และควันที่เกิดจากการเผาไหม้ (Side-Stream)

ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่เป็นควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดจากมวนบุหรี่โดยตรง ควันเหล่านี้จะกรองด้วยยาสูบในบุหรี่ชั้นหนึ่งก่อนจะถูกสูดหายใจเข้าไปในปอด ขณะที่ควันจากการเผาไหม้ที่ปลายบุหรี่และลอยไปในอากาศ โดยไม่ผ่านการกรองจะมีสารเคมีที่เป็นพิษที่เกิดจากการเผาไหม้มากกว่า ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่ โดยเฉพาะ สารก่อมะเร็ง คือ สารไนโตรซามีน พบมากกว่า ถึง 50 เท่า จากการศึกษากับผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องซึ่งมี ควันบุหรี่เป็นเวลา 1 ชั่วโมงจะหายใจเอาสารไนโตรซามีนเข้าสู่ร่างกายด้วยปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ มีกัมกรองถึง 15 มวน

ดังนั้นผู้ไม่สูบบุหรี่จึงได้รับอันตรายมากกว่า โดยเฉพาะผู้ที่ต้องสัมผัสควันบุหรี่เป็นเวลานานๆ พบว่า อัตราการเกิดมะเร็งปอดพบสูงมากในผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่แต่สามีสูบบุหรี่จะมี โอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่สามีและลูกไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ผู้หญิงเหล่านี้ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าถึง 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่า

การสูบบุหรี่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพทั้งตัวผู้สูบเองและคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ ซึ่งมีสารพิษอันตรายจำนวนมากสะสมอยู่ในร่างกาย การได้รับควันบุหรี่เป็นประจำส่งผลกระทบต่อทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

ตารางที่ 2.7 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่

ระยะสั้น	ระยะยาว
ผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูบ	
- ประสาทสัมผัสของการรับรู้ กลิ่น และรสชาติ ทำหน้าที่ได้ลดลง	- โรคมะเร็งปอดและมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น กลัองเสียง ลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ
- แสบตา น้ำตาไหล	- โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ หัวใจวาย
- ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ ในปอด และใน กระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น	- โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนอื่นๆ ตีบตัน และหลอดเลือดใหญ่ทรวงอก และช่องท้องโป่งพอง
- หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น	- โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

ตารางที่ 2.7 (ต่อ)

ระยะสั้น	ระยะยาว
ผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูบ	
- มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น - เกิดกลิ่นที่นาร้างเกียจตามร่างกาย และ เสื้อผ้า - ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น และมีกลิ่นปาก	- ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากการอดต้นของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวกับการควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ - เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขน และขาตีตัน อาจต้อง ตัดแขน หรือขาทิ้ง
ผลกระทบต่อสุขภาพคนรอบข้าง	
- เกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวด ศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย - ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้นในผู้ที่ เป็นโรค ภูมิแพ้ โรคหอบหืด และ โรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โดยจะมีอาการหายใจติดขัด หรือถึงขั้นเหนื่อย หอบ - ในผู้ได้รับควันบุหรี่ที่เป็นโรคหัวใจ จะทำให้เกิด อาการเลือดไปเลี้ยง หัวใจไม่พอมากขึ้น เกิด อาการจุกเสียดหน้าอก	- เกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย - ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้นในผู้ที่ เป็นโรคภูมิแพ้ โรค หอบหืด และโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โดยจะมีอาการหายใจติดขัด หรือ ถึงขั้นเหนื่อยหอบ - ในผู้ได้รับควันบุหรี่ที่เป็นโรคหัวใจจะทำให้เกิดอาการ เลือด ไปเลี้ยงหัวใจไม่พอมากขึ้น เกิดอาการจุกเสียดหน้าอกได้

ตารางที่ 2.8 พฤติกรรมการลด ละ เลิกบุหรี่ที่พึงประสงค์

พฤติกรรม	การลด ละ เลิกบุหรี่ คำอธิบาย	คำอธิบาย
พฤติกรรมการลด ละ เลิก บุหรี่เพื่อสุขภาพ	1. หลีกเลี่ยงการทดลอง สูบ บุหรี่(กลุ่มไม่เคยสูบ)	การไม่ทดลองสูบบุหรี่ในทุก สถานการณ์ ทั้งถูก ชักชวนจาก คนอื่น และไม่ได้ถูกชักชวน

ตารางที่ 2.8 (ต่อ)

พฤติกรรม	การลด ละ เลิกบุหรื คำอธิบาย	คำอธิบาย
พฤติกรรมลด ละ เลิก บุหรืเพื่อสุขภาพ	2. ลดและเลิกการสูบบุหรื (กลุ่มที่สูบเป็นประจำ และสูบ เป็นครั้งคราว) *	1. ลดปริมาณการสูบบุหรื การ ลดจำนวนมวนในการสูบแต่ละ ครั้งในหนึ่งวัน 2. ลดความถี่สูบบุหรืการลด ความบ่อยในการสูบ จากทุก วัน เป็นทุกสัปดาห์ 3. เลิกการสูบบุหรื การไม่ กลับไปสูบและปฏิเสธ การสูบ ทุกครั้ง เมื่อถูกชักชวนเป็น เวลา ไม่น้อยกว่า 30 วัน

เคล็ดลับในการเลิกบุหรื

1. ตั้งใจจริงที่จะเลิก ตั้งเป้าหมายว่าจะเลิกเพื่อใคร เพราะอะไร เลือกวันที่จะเลิกทั้ง
อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรืให้หมดเช่น บุหรื และไฟแช็ก
2. ตั้งสติให้มั่น เข้มแข็ง เมื่อมีอาการหงุดหงิด ตัดขาดความเคยชิน หรือกิจกรรมว่า
งามักจะทำร่วมกับ การสูบบุหรื หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง หรือให้รางวัลตนเองเมื่อ
สามารถทำได้ เตือนตนเองอยู่เสมอ ว่า “คุณไม่สูบบุหรืแล้ว”
3. คุมอาหารด้วยการเลือกกินอาหารจำพวกผัก ผลไม้ให้มากกว่าเดิม
4. อย่าท้อถอยเมื่อทำไม่สำเร็จ ให้พยายามต่อไป และปรึกษาหน่วยงานช่วยเหลือ
เช่น ศูนย์บริการ เลิกบุหรืทางโทรศัพท์ 1600 เป็นต้น

2.3.3.5 ส.ดื่มสุรา

สุรา หรือแอลกอฮอล์เป็นของเหลวที่ได้จากกระบวนการหมักผลไม้ ผัก หรือเมล็ดพืช
นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังจัดว่าเป็นสารจำพวทยาเพราะมีผลต่อร่างกาย แต่มันก็ยังจัดเป็น อาหาร
ได้อีก เพราะสามารถให้พลังงานแก่ร่างกายได้ด้วย เมื่อแอลกอฮอล์ผ่านจากปาก เข้าสู่ลำคอ ลงสู่
ระบบการย่อยอาหารแล้ว มันจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดโดยผ่านผนัง ของกระเพาะอาหาร และ
ลำไส้เล็ก โดยไม่ต้องมีการย่อยอีกถ้าดื่มเข้าไปเป็นจำนวน มากมันจะกระตุ้นหรือทำลายระบบการ
ทำงานของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ กระเพาะอาหาร ทำให้สมองฝ่อ ความจำเสื่อม เป็นแผลใน

กระเพาะอาหาร ตับแข็ง สูญเสียสติสัมปชัญญะ และบั่นทอนสุขภาพอย่างพ่นส่งเมื่อดื่มเป็นประจำ และต่อเนื่องในระยะยาว

การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อร่างกายแตกต่างกันตามปริมาณที่ดื่ม ดื่มในปริมาณน้อย (1 แก้ว) ช่วยให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ดื่มในปริมาณมาก ส่งผลให้ควบคุมความคิดและพฤติกรรมไม่ได้ สูญเสียการทรงตัว และลดการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อกับประสาท องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 80 กรัม/วัน (8 แก้วสำหรับผู้ชายและ 60 กรัม/วัน สำหรับผู้หญิง) เป็นเวลานาน จะทำลายเนื้อเยื่อและเซลล์ของร่างกาย ปริมาณที่ปลอดภัย ไม่เกิน 20-40 กรัม/วัน (2-4 แก้ว) เบียร์ไม่เกิน 4 แก้ว (10 ออนซ์/แก้ว) ไวน์ไม่เกิน 4 แก้ว สุราอย่างแรงเพียง จิบเล็ก ๆ สำหรับ เบียร์ไทย ที่มีความเข้มข้นมากกว่าเบียร์ต่างประเทศ ไม่ควรเกิน 2 แก้ว(กองสุศึกษา, 2568)

1. ผลกระทบจากการดื่มสุราต่อสุขภาพและโรคที่เกี่ยวข้อง

การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกายในระยะสั้น แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด โรคร้ายแรงในระยะยาว เช่น (กองสุศึกษา, 2568)

โรคพิษสุราเรื้อรัง การดื่มสุราเป็นอาภินิหารในระยะแรก ๆ นั้นผู้ดื่มคิดว่ามันไม่เป็นปัญหาแต่อย่างใดจนกระทั่งดื่มจนติดและ กว่าจะทราบก็สายเสียแล้ว โรคพิษสุราเรื้อรังได้สืบคลานเข้ามา โดยมีอาการรุนแรงตามปริมาณการดื่ม

ตับแข็ง อาการจากการดื่มสุรามากเกินไปที่รู้จักกันดีคือ ตับเสื่อม ทำให้เนื้อเยื่อของตับเป็นแผลหรือแข็งตัว ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำงาน แม้ว่าโรคตับแข็งนี้จะไม่รุนแรงเหมือนโรคภัย เช่น มะเร็ง แต่มันก็เป็นโรคที่เป็นสาเหตุตายอันดับ 4 ของออสเตรเลีย ในผู้ชายอายุ 25-65 ปี โรคนี้ เกิดจากการดื่มมากจนเมา หรือการดื่มมาเป็นเวลาหลายปีเมื่อตับแข็งเกิดขึ้น ตับจะเกิดจุดบกพร่องในการทำงาน โดยเฉพาะการสร้างสารที่ช่วยให้เลือดหยุด ดังนั้น ถ้าเกิดแผล เลือดจะออกมาหยุดช้า คนป่วยจะตัวเหลือง ถ้าผู้ป่วยเลิกดื่มเหล้าจะมีโอกาส 65% ในการรักษาโรคตับแข็งให้หายได้ แต่ถ้ายังดื่มต่อไปตับจะทำงานล้มเหลวและทำให้ผู้ป่วยนั้นเสียชีวิตในที่สุด

มะเร็ง ผู้ที่ดื่มสุรามากมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคมะเร็งของกระเพาะอาหาร ตับอ่อน หลอดอาหาร และลำไส้ มากกว่าผู้ไม่ดื่ม และลักษณะอาการของเครื่องดื่ม แต่ละชนิดจะทำให้เกิดมะเร็งที่แตกต่างกันโอกาสที่จะเป็น มะเร็งจะยิ่งเพิ่มขึ้นอีกถ้าบุคคลนั้นทั้งดื่มสุรา และสูบบุหรี่อีกด้วย

โรคที่ทำให้เสื่อมประสิทธิภาพของร่างกาย แอลกอฮอล์ลดการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การทำงานของหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ และ สมองทำให้การตอบสนองช้าลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ

สมองถูกทำลาย การดื่มสุราเรื้อรังจะทำให้เนื้อเยื่อบางส่วนของสมองถูกทำลาย สูญเสียสติสัมปชัญญะ การแสดงออก ทางกายหรือสติปัญญาจะลดลง

อุบัติเหตุ ฆ่าตัวตายและอาชญากรรม สุราเป็นสารเสพติดอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ และยังทำให้เจ็บป่วยด้วย โรคต่าง ๆ ติดตามมา นอกจากนี้ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ปัญหาครอบครัว หรือทำให้อาชญากรรม หรือนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้อีก

ตารางที่ 2.9 พฤติกรรมการลด ละ เลิกสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์

พฤติกรรม	พฤติกรรมที่ต้อง	คำอธิบาย
พฤติกรรมไม่ดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์เพื่อ สุขภาพ และป้องกันโรคเรื้อรัง	1. หลีกเลี่ยงการทดลอง ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์(ในกลุ่มไม่ดื่ม)	1. ไม่ทดลองดื่ม และปฏิเสธ การดื่มทุกครั้งเมื่อถูก ชักชวน ในทุกกรณีเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ติดต่อกัน
	2. ลดและเลิกการดื่มสุรา (ในกลุ่มดื่มประจำหรือ กลุ่มดื่ม เป็นครั้งคราว*)	1. ลดปริมาณการดื่ม หมายถึง ลดจำนวนแก้ว หรือหน่วย ภาชนะในการดื่มแต่ละครั้ง 2. ลดความถี่ หมายถึง ลด ความบ่อยในการดื่ม จากทุกวัน เป็น 5-6 วัน ไปจนถึงไม่ดื่มใน สัปดาห์/ เฉพาะโอกาสสำคัญ ในรอบปี 3. เลิกการดื่ม หมายถึง การ เลิกหรือไม่ดื่มและ ปฏิเสธการ ดื่มทุกครั้งเมื่อถูกชักชวนในทุก กรณี เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ติดต่อกัน

หมายเหตุ*กลุ่มดื่มประจำ คือ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำในทุกรอบสัปดาห์ ได้แก่ ดื่ม 1-2 วัน ดื่ม 3-4 วัน ดื่ม 5-6 วัน และ ดื่มทุกวัน *กลุ่มดื่มเป็นครั้งคราว คือ ไม่ดื่มประจำในทุกรอบสัปดาห์ ดื่มตามโอกาสสำคัญ เช่น เทศกาลต่าง ๆ และวันสำคัญของตนเอง และครอบครัว

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) หรือกลุ่มโรค NCDs อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง หรือแม้แต่โรคอ้วนลงพุง ล้วนเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหาร

ที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม การไม่จัดการกับความเครียด อารมณ์ของตนเอง การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว หากได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก็จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังกล่าวได้ (ณัฐินี พงศ์ไพฑูรย์สิน และคณะ, 2563)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางนี้อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้สุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีความสุขและมีคุณภาพ

2.4 การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนอาจมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ดังนี้

1. เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยวันเพ็ญ ยินดี (2565) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่นเดียวกับ สุภิญญา คำพันธ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ (2561) Said Bodur et al. และ Denuwara and Gunawardena (2017) ที่ชี้ว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564) ยังพบความแตกต่างของระดับความรอบรู้ระหว่างเพศชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จามจุรี แซ่หลู่ และ นภาพรณ วิริยะศิริกุล (2563) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความแตกต่างทางเพศไม่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ของบุคคล

2. อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ อารีย์ แร่ทอง (2562) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ หมายความว่าเมื่ออายุแตกต่างกัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพก็แตกต่างกันเช่นกัน การศึกษาของ วันเพ็ญ ยินดี (2565) และ Said Bodur et al. (2017) ยังสนับสนุนว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เสาวภา ดงหงษ์ และคณะ (2564) พบผลตรงกันข้ามว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. ระดับการศึกษา

หลายงานวิจัยพบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งการศึกษาของ Said Bodur et al. (2017) ชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ (2561) อรรถวิทย์ สิงห์ ศาลาแสง และคณะ (2565) วันเพ็ญ ยินดี (2565) นัชชา เรื่องเกียรติกุล (2565) และ กอบกุล มาดีคาน (2563) โดยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาของ จิตเจียรระโน สุชัยรัตน์ และคณะ (2565) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีคะแนนความรอบรู้น้อยกว่าผู้ที่จบปริญญาตรีถึง 3.213 คะแนน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ เสาวภา ดงหงษ์ และคณะ (2564) และ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐสร (2559) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ทั้งในด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ โดยคู่สมรสจะทำหน้าที่เป็นผู้รับฟัง ให้คำปรึกษา ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นแรงสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยาอย่างถูกต้อง และการไปพบแพทย์ตามนัดหมาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ ยินดี (2565) ที่พบว่า สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5. อาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการศึกษาของ ชินตา เตชะวิจิตรจารุ และคณะ (2561) กัลยาณี ดันตรานนท์ และคณะ (2563) นัชชา เรื่องเกียรติกุล (2565) ที่พบว่า อาชีพปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ (จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ, 2564) พบว่า อาชีพไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

6. รายได้

ในการศึกษาของจงกลณี ชันอาสา และคณะ (2563) พบว่ารายได้เป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.114, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Said Bodur et al. (2017) ที่พบ ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความ

รอบรู้ด้านสุขภาพและการศึกษาของจิตเจียรไน สุชัยรัตน์ และคณะ (2565) ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพจะมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เกินเพียงพอต่อการดำรงชีวิต 2.259 คะแนน ($\beta = -2.259$)

7. ดัชนีมวลกาย

ในการศึกษาของ วันเพ็ญ ยินดี (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

8. การมี/ไม่มีโรคประจำตัว

ในการศึกษาของกัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะ (2563) พบว่า การมี/ไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สถานะทางสุขภาพที่ไม่ดี

9. การดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษาของ เสาวภา ดงหงษ์ และคณะ (2564) พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและในการศึกษาของสมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ (2566) พฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

10. การสูบบุหรี่

ในการศึกษาของ เสาวภา ดงหงษ์ และคณะ (2564) พบว่า การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ($r = -0.162$ $p < 0.01$) เช่นเดียวกับ การศึกษาของสุภิญญา คำพันธ์ และคณะ (2564) พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ทางสุขภาพ

11. ความเครียด

ความเครียดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพจากการศึกษาของ เสาวภา ดงหงษ์ และคณะ (2564) ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของอลงกรณ์ สุขเรืองกุล และคณะ (2565) พบว่า ความเครียดระดับน้อยมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ

2.4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพ

1. เพศ

เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายวัยทำงานยังพบพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (นพมาศ โกศล และคณะ, 2562; จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ, 2564; กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ, 2566; นาฏยา คลีเกษร, 2565) การศึกษาของ สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ (2564) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cramer's $V = 0.62$, $P < .001$) และประชากรที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในระดับที่ดีกว่าเพศชาย เพศยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (แจ่มจันทร์ ทองลาด, 2564)

2. อายุ

อายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในการศึกษาของ สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ (2564) พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. แสดงให้เห็นว่าประชาชนที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในระดับมาก การศึกษาของ Stońska et al. (2015) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดถึงร้อยละ 61.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น

3. ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ รวมถึงสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้มากกว่า (นพมาศ โกศล และคณะ, 2562; นาฏยา คลีเกษร, 2565) เช่นเดียวกับการศึกษาของสกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ (2564) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman's $\rho = 0.66$, $P < .001$) แสดงว่าประชาชนที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ในระดับมาก แตกต่างกับการศึกษาของ สุทธิสา ทิจะยัง (2557) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป

4. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไปพบว่า ผู้ที่มีครอบครัวหรือคู่ครองมักมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้มี เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการดูแลจากคู่สมรส (นพมาศ โกศล และคณะ, 2562; ณรงค์ฤทธิ์ คงสมาน และ พยุงพุ่มกลิ่น, 2559) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในบางบริบทกลับพบข้อสังเกตที่แตกต่างในการศึกษาของ ธนกร พวนศิริ และคณะ (2565) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ การศึกษาของธมนพรรษ บุญเจริญ และคณะ (2558) ที่ศึกษาทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีกว่ากลุ่มที่มีคู่สมรส โดยมีค่าเฉลี่ย 3.51 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีคู่สมรสซึ่งมีค่าเฉลี่ย 2.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64)

5. อาชีพ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งกลุ่มที่มีอาชีพประจำหรือเกี่ยวข้องกับงานที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกายจะมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ทำงานลักษณะงานที่ต้องนั่งประจำที่เป็นระยะเวลานาน (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และอุบล จันทรเพชร, 2562)

6. รายได้

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ นาฏยา คลีเกสร (2565) พบว่า รายได้อาจมีผลต่อระยะเวลาในการทำงานเพื่อค่าตอบแทนที่สูงขึ้น จึงส่งผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของธนกร พวนศิริ และคณะ (2565) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของธมนพรรษ บุญเจริญ และคณะ (2558) ที่พบว่า รายได้สุทธิหลังหักค่าใช้จ่ายต่อเดือน มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาของทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

7. ศาสนา

ศาสนาเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อกรอบแนวคิดและค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ งานวิจัยของ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564) พบว่า การนับถือศาสนาต่างกันส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยหลายฉบับในประเทศไทยพบความสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราการศึกษา ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุก ผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมและป้องกันโรค ใน เรื่องของ 3อ.2ส. การป้องกันโรคไข้เลือดออก โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคไข้เลือดออก และโรคพยาธิใบไม้ (ปาจรา โพธิ์หัง, 2564) ในการศึกษาของชมพากาญจน์

ทองสี (2564) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.070$, $p < 0.039$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อารีย์ แร่ทอง (2562) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($P = .539$) การศึกษาของ ศิริพร ชุนฉาย และคณะ (2565) พบว่า องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เช่นเดียวกับการศึกษาของสกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ (2564) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.67$, $p < .001$) โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้สูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่า นอกจากนี้การศึกษาของพัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการพัฒนาแนวคิดสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r = .630^*$, $.756^*$, $.566^*$, $.646^*$, $.541^*$, $.828^*$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ในบริบทต่างประเทศจากการศึกษาของ Liu et al. (2015) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวจีนอย่างมีนัยสำคัญเช่นกันซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทสากล

2.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ชมพากาญจน ทองสี และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพลทหารกองประจำการทหารใหม่ ประจำปี 2562 ผลัด 2/2562 ณ ศูนย์การฝึกทหารใหม่ มณฑลทหารบกที่ 35 จังหวัดอุดรธานี โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับ ไม่ดีจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีเพียงด้านเดียว คือ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตามแนวทาง 3อ.2ส. ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.070$, $p < 0.039$) ขณะที่องค์ประกอบอื่นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ตลอดจนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพจากแผนกส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกันโรงพยาบาลค่ายพิชัยดาบหัก ทั้งก่อนเข้ารับราชการทหารและในระหว่างการฝึก โดยเนื้อหาการอบรมครอบคลุมเรื่องการออกกำลังกายเพื่อปรับตัวต่อการฝึกและสภาพอากาศร้อน การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรู้ถึงโทษของบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ

สารเสพติด รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตและการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสมผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า ความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะได้

2. อารีย์ แร่ทอง (2562) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($p = .026$) โดยอสม.ที่มีอายุ 15–45 ปี ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 66.67 ขณะที่กลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ก็มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้เช่นกัน ร้อยละ 60.68 ในขณะที่ปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรู้ด้านสุขภาพนอกจากนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. พบว่าทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p = .539$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีแนวโน้มส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในเชิงบวก

3. นพมาศ โกศล และคณะ (2562) ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอกงใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ย 47.0 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 21.91 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ ($p < 0.001$) สถานภาพ ($p < 0.05$) และการศึกษา ($p < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($p < 0.001$) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($p < 0.01$) ด้านการจัดการตนเอง ($p < 0.05$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($p < 0.01$) และความรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวม ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและด้านตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

4. พชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความ

รอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่า ทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .630^*, .756^*, .566^*, .646^*, .541^*, .828^*$, $P\text{-value} = .000$) กล่าวคือ ยิ่งประชาชนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านสูงมากเท่าใด ก็จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้มากขึ้น

5. อรณรงค์ คงเรือง และคณะ (2563) ศึกษาเรื่อง ระดับความรู้ด้านสุขภาพและหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของบุคลากรครูในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง พบว่า ระดับความรู้ทางด้านสุขภาพของบุคลากรครูโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรครู พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทุกปัจจัยของบุคลากรครูกับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ และ $p < 0.01$) อธิบาย ได้ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมทั้งด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดีก็จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีขึ้นด้วย

6. จิตติยา ใจคำ และคณะ (2565) ศึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 44.31) และเมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบ พบว่าทุกด้านของความรู้ อยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่ผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์ การออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ดี การคลายเครียดพบว่าการพักผ่อนเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด (ร้อยละ 86.83) ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 90.12 และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 56.59 แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมที่อยู่ในระดับค่อนข้างดีของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ($r = 0.17$, $p < .05$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = 0.22$, $p < .05$) และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r = 0.11$, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความสามารถในการสืบค้น เข้าถึง และประเมินข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า ในขณะที่เดียวกัน อายุ

มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ($r = -0.14, p < .05$) แต่กลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านการสื่อสารสุขภาพ ($r = 0.12, p < .05$) สะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้านการรับข้อมูลใหม่ แต่ยังคงมีประสบการณ์และทักษะในการสื่อสารที่ดี และสามารถถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพไปยังผู้อื่นได้ ส่วนรายได้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในทุกองค์ประกอบจากผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของระดับการศึกษาและประสบการณ์ทำงานในระบบสุขภาพที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และชี้ว่าการพัฒนาองค์ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล ทั้งในด้านการศึกษา อายุ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ให้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้โดยมีค่าเฉลี่ย 45.90 และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ย 22.28 เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ดีกว่าเพศชาย ขณะที่อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ หมายความว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่านอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman's rho = 0.66, $P < .001$) โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงตามไปด้วย และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านที่ 3 (การสื่อสารสุขภาพ), ด้านที่ 4 (การจัดการตนเอง), และด้านที่ 5 (การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ) ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.55, r = 0.56, r = 0.61, P < .001$) อย่างไรก็ตาม ด้านที่ 1 (ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ), ด้านที่ 2 (การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ) และด้านที่ 6 (การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.36, r = 0.46, r = 0.29, P > .05$) แสดงให้เห็นถึงประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มักมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะสามารถแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ รวมถึงสามารถซักถามหรือร้องขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มระดับความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะช่วยขยายช่องทางการให้ความรู้แก่กลุ่มวัยทำงานในชุมชน โดยเฉพาะผ่านสื่อต่าง ๆ หากกลุ่มวัยทำงานมีความรู้ที่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้สามารถปฏิบัติตนและจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การเป็น

“สังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literate Societies) กล่าวคือ สังคมที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

8. พรภัทรา แสนเหลา และคณะ (2565) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ด้านความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ พบว่า ความรู้สุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.1 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.8 ในส่วนของความสัมพันธ์ ความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ.2ส. มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ($r=.348$ $p=.000$) ทักษะความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพถูกต้อง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.124$ $p=.022$) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนทักษะการสื่อสารทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

9. พิม สุวรรณิน (2564) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 43.75$, $SD=7.15$) และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M=20.50$, $SD=6.53$) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .511$, $p < .01$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .413$, $p < .01$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .305$, $p < .01$) ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r = .117$, $p < .01$) เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเริ่มต้นจากกระบวนการรับรู้ การคิด และการปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้ทางสุขภาพจึงเป็นสมรรถนะสำคัญที่ส่งผลต่อการแสวงหาความรู้และการตัดสินใจดูแลสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ เป็นผู้ป่วยที่คุ้นเคยกับระบบและสถานที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ดี แต่อาจขาดความรู้ ความเข้าใจ และการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จึงยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

10. ปวีณา รัตนเสนา (2566) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับปานกลาง ที่ร้อยละ 64.5 และ 58.1 ตามลำดับ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อ มีอิทธิพลในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องผ่านทางสื่อและสารสนเทศ รวมไปถึงการเปิดกว้างในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้อง และนำไปสู่ปลายทางของการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.

11. ทรรศนีย์ บุญมัน (2566) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.2 มีพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.9 มีตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ($p < 0.001$, $\beta = 0.152$) มีผลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเมื่อทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ.2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.057 หน่วย เนื่องจากทักษะนี้ช่วยให้สามารถทบทวนและอธิบายความเข้าใจเพื่อให้ผู้อื่นนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง ($p < 0.001$, $\beta = 0.088$) เมื่อทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ.2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.047 หน่วย อาจเป็นเพราะความสามารถในการตั้งเป้าหมาย วางแผน และปรับพฤติกรรมตามแผนส่งผลให้ดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ($p < 0.001$, $\beta = 0.048$) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้พฤติกรรม 3อ.2ส. เพิ่มขึ้น 0.355 หน่วย เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ($p < 0.001$, $\beta = 0.059$) เมื่อเพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรม 3อ.2ส. จะเพิ่มขึ้น 0.865 หน่วย โดยทักษะนี้ช่วยให้ประชาชนสามารถเลือกใช้ข้อมูลจากสื่อที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้ง 4 ตัวแปรร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้ร้อยละ 10.0

12. ดวงพร บุญมี (2565) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากร กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจระดับไม่ถูกต้อง (Mean=5.54, SD.= 1.79) ด้านที่มีระดับปานกลางขึ้นไป (ระดับสูงรวมกับระดับปานกลาง) ด้านที่มีค่าร้อยละสูงที่สุด คือ ด้าน 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. และด้าน 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เท่ากับร้อยละ 99.05 และ 97.62 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าร้อยละต่ำที่สุด คือ ด้าน 5 การรู้เท่าทันสื่อสาร

เสนอเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ร้อยละ 71.67 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=1.71, SD=.61) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการดูแลตนเอง การที่บุคคลดูแลตนเอง สามารถจัดการตนเองได้ เป็นผลมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม และด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ทั้งนี้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในแง่ระยะทางที่ใกล้สถานบริการ และความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80 – 139/89 mm.Hg ซึ่งแสดงถึงการมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลง เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองรวมถึงการแสวงหาและนำข้อมูลมาใช้จริงในชีวิตประจำวัน เมื่อประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางอาจส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคล เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นประชาชนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ มีทักษะในการสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งทักษะเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) (3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) (4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) (5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และ (6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) โดยผู้วิจัยนำองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านนี้มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เพื่อให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมายสามารถพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพที่ดีต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย
- 3.2 พื้นที่การศึกษาวิจัย
- 3.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย
- 3.4 กลุ่มประชากรในการศึกษาวิจัย
- 3.5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย
- 3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
- 3.7 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
- 3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.10 จริยธรรมการศึกษาวิจัย

3.1 รูปแบบการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยดำเนินการวิจัยในผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ (Questionnaire) เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่ได้รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง

3.2 พื้นที่การศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้คือ ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

3.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2566– สิงหาคม 2567 ระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน

3.4 ประชากรในการศึกษาวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 259 คน (ส่วนกฎหมายและทรัพยากรบุคคล ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย, 2566)

3.5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่างการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณของ (Krejcie & Morgan, 1970) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีจับฉลาก หยิบครั้งเดียวจนครบตามจำนวนที่กำหนด

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{e^2 (N-1) + X^2 P(1-P)}$$

n ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N ขนาดของประชากร = 259

e ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ = 0.05

X^2 ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($X^2 = 3.841$)

P สัดส่วนหรือลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนดเป็น 0.5) = 0.34 (นพมาศ โกลล และคณะ, 2562)

แทนค่าจากสมการ

$$n = \frac{3.841 \cdot 259 \cdot 0.34 \cdot (1 - 0.34)}{0.05^2 \cdot (259-1) + 3.841 \cdot 0.34 \cdot (1 - 0.34)}$$

$$n = 148.14 \approx 149 \text{ ราย}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 149 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) ร้อยละ 10 เพื่อทดแทนการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์เป็นจำนวนทั้งสิ้น 163 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เพศชาย หรือเพศหญิง
2. เป็นพนักงานประจำของ บริษัท ท่าอากาศยานไทยจำกัด (มหาชน) ที่ปฏิบัติงานในสาขา ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย
3. ปฏิบัติงานในท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวงเชียงราย อย่างน้อย 6 เดือน
4. สามารถสื่อสาร ภาษาไทย ได้
5. ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นผู้วิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ย้ายออกจากหน่วยงานในช่วงเวลา ที่ทำการศึกษา
2. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. สำหรับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.75 (อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และคณะ, 2567) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างโดยไม่กระทบต่อคะแนนการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเครื่องมือประกอบด้วย 5 ตอน จำนวน 45 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

ตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 3 แบบสอบถาม การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 5 ข้อ

ตามหลัก 3อ.2ส.

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ส่วนงาน ที่สังกัด รายได้ต่อเดือน อายุงาน โรคประจำตัว ข้อมูลสุขภาพ (น้ำหนัก, ส่วนสูง, เส้นรอบเอว) และ ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (จำนวน 10 ข้อ)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม หลัก 3อ.2ส. ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย (จำนวน 10 ข้อ) ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ตอบถูก ตอบผิด โดยเป็นลักษณะคำถามทั้ง ด้านบวกและด้านลบ

การตอบคำถาม	การให้คะแนน
-------------	-------------

ตอบถูก	1 คะแนน
--------	---------

ตอบผิด	0 คะแนน
--------	---------

ไม่ทราบ	0 คะแนน
---------	---------

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย (จำนวน 10 ข้อ)

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
1. 6-7วัน/สัปดาห์ (ทุกครั้ง)	5	1 คะแนน
2. 4-5วัน/สัปดาห์ (บ่อยครั้ง)	4	2 คะแนน
3. วัน/สัปดาห์ (บางครั้ง)	3	3 คะแนน
4. 1-2วัน/สัปดาห์ (นาน ๆ ครั้ง)	2	4 คะแนน
5. ไม่ได้ปฏิบัติ (ไม่ได้ปฏิบัติเลย)	1	5 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. (จำนวน 5 ข้อ) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ก ข ค และ ง ดังนี้

การตอบคำถาม	การให้คะแนน
ดีมาก	4 คะแนน
ดี	3 คะแนน
พอใช้	2 คะแนน
ปรับปรุง	1 คะแนน

โดยมี เกณฑ์ให้คะแนนจำแนก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3.1 สรุปคะแนนรวมแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
การวัด			
1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0 – 5คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ
(จำนวน 2 ข้อ)	6 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้าง แต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้
ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน	7 คะแนน หรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ และนำมาใช้ตัดสินใจได้
	8 – 10 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง แม่นยำได้

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

องค์ประกอบ การวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
2.ความรู้ความ เข้าใจทาง สุขภาพ (จำนวน 10 ข้อ) ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน	0 – 5 คะแนน หรือ <60% ของคะแนน เต็ม 6 คะแนน หรือ ≥60 – <70% ของ คะแนนเต็ม 7 คะแนน หรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม 8 – 10 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ไม่ ถูกต้อง ถูกต้อง บ้าง ถูกต้อง ที่สุด	รู้และเข้าใจในหลัก 3อ.2ส. น้อยมาก ไม่ เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี รู้และเข้าใจในหลัก 3อ.2ส. ถูกต้องเป็น ส่วนน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อ สุขภาพที่ดี รู้และเข้าใจในหลัก 3อ.2ส. ถูกต้องเป็น ส่วนมาก เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อ สุขภาพที่ดี รู้และเข้าใจในหลัก 3อ.2ส. อย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี อย่างยั่งยืน
3.การสื่อสาร สุขภาพ (จำนวน 3 ข้อ) ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน	0 – 8 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม 9 – 10 คะแนน หรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม 11 คะแนน หรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม 12 – 15 คะแนน หรือ ≥ 80% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก	ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้ เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้ สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสาร ให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการ ปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ได้บ้างแต่ยังไม่ เชี่ยวชาญพอ สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสาร ให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการ ปฏิบัติได้ดี มีความเชี่ยวชาญในด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจ และยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ของตนเองอย่างถูกต้อง

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

องค์ประกอบ การวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
4.การจัดการ ตนเอง (จำนวน 3 ข้อ) ข้อละ 5 คะแนน	0 – 8 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและ จัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อ สุขภาพตนเองไม่ค่อยได้
คะแนน เต็ม 15 คะแนน	9 – 10 คะแนนหรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและ จัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อ สุขภาพตนเองได้บ้าง
	11 คะแนน หรือ ≥70 – <80% ของ คะแนนเต็ม	ดี	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและ จัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อ สุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
	12 – 15 คะแนน หรือ ≥ 80% ของ คะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและ จัดการสภาพแวดล้อม ที่เป็นอุปสรรคต่อ สุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี
5.การรู้เท่าทัน สื่อและ สารสนเทศ (จำนวน 2 ข้อ) ข้อละ 5 คะแนน	0 - 5 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่าน สื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือ ตรวจสอบก่อน
คะแนน เต็ม 10 คะแนน	6 คะแนนหรือ ≥60 – <70% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่าน สื่อ โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบ ข้อมูลก่อนในบางเรื่อง
	7 คะแนนหรือ ≥70 – <80% ของคะแนนเต็ม	ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่าน สื่อ โดยมีการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูล ก่อนเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

องค์ประกอบ การวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
6.การตัดสินใจ และ เลือก ปฏิบัติที่ ถูกต้อง (จำนวน 5) ข้อละ 4 คะแนน เต็ม 20 คะแนน)	8 – 10 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	ยอมรับเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อที่ ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลก่อน ว่าถูกต้องจริง
	0 – 14 คะแนน หรือ $<60\%$ ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตัวตามสบาย โดยไม่คำนึงถึงผลเสียต่อสุขภาพ ตนเอง
	15 -17 คะแนนหรือ $\geq 60 - <70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของ ตนเอง
	18 – 19 คะแนนหรือ $\geq 70 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยส่วนใหญ่ให้ ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและ ผู้อื่น
	20 – 25 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเอง และ ผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

สรุปคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (องค์ประกอบที่ 1 - 6) คะแนนรวมเต็ม 80 คะแนน
ตารางที่ 3.2 สรุปคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
ถ้าได้ 0 – 47 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.
ถ้าได้ 48 – 55คะแนน หรือ ≥ 60-69% ของคะแนนเต็ม	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง
ถ้าได้ 56 – 63 คะแนน หรือ ≥70-79% ของคะแนนเต็ม	ดี	เป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง
ถ้าได้ 64 – 80 คะแนน หรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ คือ ทักษะการกระทำกิจกรรมหรือวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ปฏิบัติงานภายในท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสอบถาม ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ในรอบ 6 เดือน มีลักษณะคำตอบเป็นความถี่ 5 ตัวเลือก คือ

6-7 วัน หมายถึงผู้ตอบเห็นว่า	ข้อความในประโยคนั้น ปฏิบัติ 6-7 วัน	ต่อสัปดาห์
4-5 วัน หมายถึงผู้ตอบเห็นว่า	ข้อความในประโยคนั้น ปฏิบัติ 4-5 วัน	ต่อสัปดาห์
3 วัน หมายถึงผู้ตอบเห็นว่า	ข้อความในประโยคนั้น ปฏิบัติ 3 วัน	ต่อสัปดาห์
1-2 วัน หมายถึงผู้ตอบเห็นว่า	ข้อความในประโยคนั้น ปฏิบัติ 1-2 วัน	ต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ หมายถึงผู้ตอบเห็นว่า	ข้อความในประโยคนั้น ไม่ปฏิบัติเลย	

คำถามเป็นข้อคำถามที่แสดงการรับรู้ทั้งทางบวกและทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามรายละเอียดดังนี้

ข้อคำถามทางบวก			ข้อคำถามทางลบ	
6-7	วัน	5	1	คะแนน
4-5	วัน	4	2	คะแนน
3	วัน	3	3	คะแนน
1-2	วัน	2	4	คะแนน

ตารางที่ 3.4 เกณฑ์การให้คะแนนเพื่อประกอบการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับ
จุดมุ่งหมายของการวิจัย

คะแนน	แปลผล
+1	ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
0	ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
-1	ข้อคำถามวัดไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการตรวจสอบ และพิจารณาให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจึงนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้อง ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย (Index of Item-objective Congruence : IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่ายอมรับได้โดย มีวิธีการคำนวณจากสูตรของ Rovinelli and Hambleton (1976) ดังนี้

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

โดยที่ IOC คือ ค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม
 $\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
 N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยคำนวณค่า IOC พบว่ามีค่าระหว่าง 0.33-1.00 (แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.94) หมายความว่า ข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเนื้อหาความในหัวข้อ ช่องทางรับข่าวสารทางสุขภาพ ข้อคำถามพฤติกรรมสุขภาพ และเกณฑ์ให้คะแนน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้ง จากนั้นจึงส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และนำไปทดลองใช้

3.7.2 การทดสอบความน่าเชื่อถือ หรือความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้จำนวน 30 ชุด โดยเลือกทำแบบทดสอบกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ใช้วิธีหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach, 1947) เพื่อทดสอบข้อคำถามแต่ละข้อ ในแบบสอบถามว่าสามารถสื่อความหมายตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความชัดเจน และครอบคลุม ซึ่งผลจากการทดสอบได้ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) ดังนี้

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

โดยที่ α คือ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา
 n คือ จำนวนข้อคำถาม
 Si^2 คือ ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามเป็นรายข้อ
 St^2 คือ ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

ซึ่งการประเมินความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 เกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ค่าความเชื่อมั่น	ระดับความเชื่อมั่น	การนำไปใช้
0.80 – 1.00	สูงมาก	ใช้ได้ดีมาก
0.70 – 0.79	สูง	ใช้ได้ดี
0.50 – 0.69	ปานกลาง	พอใช้
0.40 – 0.49	ต่ำ	ไม่ควรใช้
ต่ำกว่า 0.30	ต่ำมาก	ใช้ไม่ได้

หลังจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามภาพรวมทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 หมายความว่า แบบสอบถามฉบับนี้มีความเชื่อมั่นที่สามารถใช้เก็บข้อมูลงานวิจัยได้

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.8.1 การประสานงานเก็บข้อมูล

การขออนุญาตหน่วยงานในพื้นที่โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือที่ออกโดยมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงถึงหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

3.8.2 การเก็บข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

3.8.2.1 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธุรการที่ดูแลแต่ละส่วนงานภายในท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม

3.8.2.2 ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

จากการประเมินการเก็บข้อมูลเบื้องต้น พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงานบางส่วนมีข้อจำกัดในเรื่องของการทำงานเป็นกะ ส่งผลให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามในรูปแบบกระดาษได้สะดวก ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงปรับเปลี่ยนการเก็บข้อมูลเป็น แบบสอบถามออนไลน์ทั้งหมด โดยผู้วิจัยได้ใช้บริการจากเว็บไซต์ Google ที่ เรียกว่า Google form ในการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ขึ้นมาเพื่อเพิ่มความสะดวกในการตอบแบบสอบถามและให้ผู้ตอบสามารถเข้าถึงได้

3.8.2.3 ตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับมาทั้งหมดเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

3.9.1 การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

เพื่อบรรยายถึงลักษณะชุดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.9.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะงาน ส่วนงาน รายได้ต่อเดือน อายุงาน โรคประจำตัวหรือไม่ ข้อมูลสุขภาพ (น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว) และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

3.9.1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) ทักษะการตัดสินใจ (5) การจัดการตนเอง (6) การรู้เท่าทันสื่อ โดยแบ่งเป็นระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี ระดับพอใช้ ระดับดี ระดับดีมาก

3.9.1.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยแบ่งเป็นระดับ ได้แก่ ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก

3.9.2 การใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic)

3.9.2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์การ

ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพใหม่ โดยอ้างอิงจากเกณฑ์ของ Bloom (1971) แล้วนำมาตัดแปลงโดยจัดเป็น 2 ระดับ (วาสนา สิทธิกัน, 2560) ได้แก่

ระดับ พอเพียง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีและระดับดีมาก

ระดับ ไม่พอเพียง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับไม่ดีและระดับพอใช้

3.9.2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับ นัยสำคัญ .05 เกณฑ์จำแนกระดับความสัมพันธ์ (r) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Hinkle, 1998; พิม สุวรรณิน, 2564) รายละเอียดดังนี้

r .91 - 1.00	หมายถึง	ระดับสูงมาก
r .71 - .90	หมายถึง	ระดับสูง
r .51 - .70	หมายถึง	ระดับปานกลาง
r .31 - .50	หมายถึง	ระดับต่ำ
r .10 - .30	หมายถึง	ระดับต่ำมาก

3.10 จริยธรรมในการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย โดยอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ EC EC 24007-18 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2567 โดยผู้วิจัยจะขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูล และรับรองว่าจะรักษาความลับของข้อมูล เผยเฉพาะในรูปแบบสรุปผลวิจัยเท่านั้น

บทที่ 4

ผลของการศึกษา

การศึกษาวិจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ได้มีการรวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษามาทำการวิเคราะห์ รวมทั้งนำเสนอผลการศึกษา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพ
- 4.3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
- 4.4 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ
- 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้คือผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง จังหวัด เชียงราย ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 63.64 และเพศหญิงร้อยละ 36.36 โดยส่วนใหญ่อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.46 และมีอายุเฉลี่ย 38.65 ปี สถานภาพอยู่ด้วยกันกับคู่สมรสถึงร้อยละ 60.10 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.61 สำหรับรายได้ต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000/เดือน ร้อยละ 39.90 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 35,690.01 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุงาน 1-10 ปี ร้อยละ 46.97 โดยมีอายุงานเฉลี่ย 10.83 ปี ด้านข้อมูลสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.69 สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.19 ด้านดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ร้อยละ 59.09 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง คิดเป็นร้อยละ 61.62 ในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 90.91 โดยช่องทางหลักที่ได้รับข้อมูลคือ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 79.29 ดังแสดงในตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 198)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	126	63.64
หญิง	72	36.36
อายุ (ปี)		
21-30 ปี	40	20.20
31-40 ปี	92	46.46
41-50 ปี	35	17.68
51-60 ปี	31	15.66
Mean ($\bar{X}$) = 38.65, SD = 9.48, Min = 23, Max = 60		
สถานภาพสมรส		
โสด	67	33.84
สมรส	119	60.10
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	12	6.06
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	7.07
อนุปริญญา/ปวส.	42	21.21
ปริญญาตรี	120	60.61
สูงกว่าปริญญาตรี	22	11.11
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000/เดือน	79	39.90
20,001 - 40,000 บาท/เดือน	69	34.85
40,001 - 60,000 บาท/เดือน	15	7.58
60,001 - 80,000 บาท/เดือน	12	6.06
80,001 - 100,000 บาท/เดือน	16	8.08
มากกว่าหรือเท่ากับ 100,001 บาท/เดือน	7	3.54

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
Mean ($\bar{X}$) = 35,690.01 , SD = 28,016.39, Min = 11,000, Max = 129,740		
อายุงาน		
1 - 10 ปี	116	58.59
11 - 20 ปี	47	23.74
21 - 30 ปี	31	15.66
31 - 40 ปี	4	2.02
Mean ($\bar{X}$) = 10.83, SD = 8.703, Min = 1, Max = 36		
โรคประจำตัว (ที่ผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์)		
ไม่มีโรคประจำตัว	136	68.69
มีโรคประจำตัว	62	31.31
โรคความดันโลหิตสูง	28	14.14
โรคเบาหวาน	5	2.53
ไขมันในเลือดผิดปกติ	11	5.56
โรคหอบหืด	4	2.02
ไมเกรน	15	7.58
กรดไหลย้อน	8	4.04
โรคอ้วน	7	3.54
โรคอื่นๆ	11	5.56
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	7	3.54
ร่างกายสมส่วน	74	37.37
อ้วน	117	59.09
ภาวะอ้วนลงพุง		
มีภาวะอ้วนลงพุง	76	38.38
ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง	122	61.62

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลสุขภาพ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่เคยได้รับเลย	18	9.09
เคยได้รับ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	180	90.91
1.อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟสบุ๊ก ไลน์ แอพลิเคชั่น อินสตาแกรม ยูทูบ อีเมล เป็นต้น)	157	79.29
2.โทรทัศน์/เคเบิลทีวี	45	22.73
3.วิทยุ เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น	16	8.08
4.หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร	22	11.11
5.สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ เป็นต้น)	24	12.10
6.บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)	75	37.88
7.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	22	11.11
8.ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน	4	2.02
9.เพื่อนญาติพี่น้อง บุคคลในครอบครัว	72	36.36

4.2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1)การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (2)ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (3)การสื่อสารสุขภาพ (4)การจัดการตนเอง (5)การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (6)การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ประเมินผลคะแนนตามเกณฑ์ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก วิเคราะห์ภาพรวม รายด้าน รายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในภาพรวมส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 65.15 รองลงมาคือ ระดับพอใช้ร้อยละ 25.25

และระดับดี ร้อยละ 9.09 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับดีมากเพียงร้อยละ 0.51 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม (n = 198 คน)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ระดับไม่ดี	129	65.15
ระดับพอใช้	50	25.25
ระดับดี	18	9.09
ระดับดีมาก	1	0.51
Mean = 47.48 S.D. = 8.07 Min = 29 Max = 71		

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 62.63 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 19.19 ระดับดีมาก ร้อยละ 12.12 และระดับดี ร้อยละ 6.06 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (n = 198 คน)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	124	62.63
ระดับพอใช้	38	19.19
ระดับดี	12	6.06
ระดับดีมาก	24	12.12
Mean = 5.04 S.D. = 1.90 Min = 2 Max = 10		

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในระดับถูกต้องที่สุดร้อยละ 76.77 รองลงมาอยู่ในระดับถูกต้อง ร้อยละ 12.12 ระดับไม่ถูกต้อง ร้อยละ 6.57 และระดับถูกต้องบ้าง ร้อยละ 4.55 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (n = 198 คน)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ		
ระดับไม่ถูกต้อง	13	6.57
ระดับถูกต้องบ้าง	9	4.55
ระดับถูกต้อง	24	12.12
ระดับถูกต้องที่สุด	152	76.77
Mean = 8.19 S.D. = 1.64 Min = 0 Max = 10		

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพมีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 60.10 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 31.82 ระดับดีร้อยละ 5.56 และระดับดีมากร้อยละ 2.53 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารสุขภาพ (n = 198 คน)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ด้านการสื่อสารสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	119	60.10
ระดับพอใช้	63	31.82
ระดับดี	11	5.56
ระดับดีมาก	5	2.53
Mean = 8.40 S.D. = 1.46 Min = 6 Max = 15		

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 61.11 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ 20.20 ระดับดีมากร้อยละ 14.14 และระดับดีร้อยละ 4.55 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง (n = 198 คน)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ด้านการจัดการตนเอง		
ระดับไม่ดี	121	61.11
ระดับพอใช้	40	20.20
ระดับดี	9	4.55
ระดับดีมาก	28	14.14
Mean = 7.66 S.D. = 2.96 Min = 3 Max = 15		

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.02 รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 22.22 ระดับพอใช้ ร้อยละ 18.69 และระดับดีร้อยละ 7.07 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (n = 198 คน)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ		
ระดับไม่ดี	103	52.02
ระดับพอใช้	37	18.69
ระดับดี	14	7.07
ระดับดีมาก	44	22.22
Mean = 5.48 S.D. = 2.17 Min = 2 Max = 10		

ผลการศึกษาพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง คะแนน อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 76.77 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 21.21 ระดับดีร้อยละ 1.52 และระดับดีมากร้อยละ 0.51ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละจำแนกตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก3อ.2ส. (n = 198 คน)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง		
ระดับไม่ดี	152	76.77
ระดับพอใช้	42	21.21
ระดับดี	3	1.52
ระดับดีมาก	1	0.51
Mean = 12.71 S.D. = 2.49 Min = 6 Max = 20		

4.3. ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการสูบบุหรี่และ พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.40 รองลงมาคือระดับดีร้อยละ 36.87 ระดับดีมาก 14.14และระดับไม่ดี 8.59 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 34.98 คะแนน ถือเป็นระดับพอใช้ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (n = 198)

ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน (n = 198)	ร้อยละ
ระดับไม่ดี	17	8.59
ระดับพอใช้	80	40.40
ระดับดี	73	36.87
ระดับดีมาก	28	14.14
Mean = 34.98 S.D. = 4.37 Min = 20 Max = 47		

4.4 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สถิติ Binary logistic regression analysis ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 ค่า คือ พอเพียง และไม่พอเพียง โดยอ้างอิงจากเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) แล้วนำมาตัดแปลงโดยจัดเป็น 2 ระดับ (วาสนา สิทธิกัน, 2560) ได้แก่

ระดับ พอเพียง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีและระดับดีมาก

ระดับ ไม่พอเพียง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดีและระดับพอใช้

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ ครั้งละตัวแปร Univariate logistic regression โดยกำหนด $p < 0.05$ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้อายุงาน โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ภาวะอ้วนลงพุง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	OR	95%CI	P -value	OR	95%CI	P -value
ทั้งหมด	30 (15.15)	168 (84.85)	N/A	N/A	N/A			
เพศ								
ชาย	19 (15.08)	107 (84.92)	1.00					
หญิง	11 (15.28)	61 (84.72)	0.79	0.49-2.27	0.970			
อายุ (ปี)								
≥40 ปี	22 (16.67)	110 (83.33)	1.45	0.61-3.46	0.402			
มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	8 (12.12)	58 (87.88)	1.00					
สถานภาพสมรส								
โสดหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	14 (17.72)	65 (82.28)	1.00					
สมรส	16 (13.45)	103 (86.55)	0.72	0.33-1.58	0.412			
ระดับการศึกษา								
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11 (19.64)	45 (80.36)	1.00					
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	19 (13.38)	123 (86.62)	1.58	0.70-3.58	0.271			
รายได้ต่อเดือน								
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40,000/เดือน	23 (15.54)	131 (84.46)	1.00					
มากกว่า 40,000 บาท/เดือนขึ้นไป	7 (14.00)	43 (66.00)	0.32	0.35-2.21	0.793			

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	OR	95%CI	P -value	OR	95%CI	P -value
อายุงาน								
≥10 ปี	19 (16.38)	97 (83.62)	1.00					
10 ปี ขึ้นไป	11 (13.41)	71 (86.59)	0.79	0.35-1.77	0.567			
โรคประจำตัว (ที่ผ่านการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์)								
ไม่มีโรคประจำตัว	19 (13.97)	117 (86.03)	0.75	0.33-1.70	0.493			
มีโรคประจำตัว	11 (17.74)	51 (82.26)	1.00					
ดัชนีมวลกาย								
ผอมและร่างกายสมส่วน	13 (16.05)	68 (83.95)	1.12	0.51-2.47	0.769			
อ้วน	17 (14.53)	100 (85.47)	1.00					
ภาวะอ้วนลงพุง								
ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง	23 (18.85)	99 (81.15)	2.29	0.93-5.63	0.071			
มีภาวะอ้วนลงพุง	7 (9.21)	69 (90.79)	1.00					
การได้รับข้อมูลสุขภาพ								
ไม่เคยได้รับ	3 (16.67)	15 (83.33)	1.00					
เคยได้รับ	27 (15.00)	153 (85.00)	0.88	0.24-3.26	0.851			

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียสัน (Pearson's Correlation) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.008 ($r=0.189$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์จำแนกตามองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ($r=0.284$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 ($r=0.209$) แสดงดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
X ₁ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.189	0.008**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
X ₂ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.131	0.067	ไม่มีความสัมพันธ์
X ₃ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.039	0.583	ไม่มีความสัมพันธ์
X ₄ ด้านการสื่อสารสุขภาพ	0.138	0.052	ไม่มีความสัมพันธ์
X ₅ ด้านการจัดการตนเอง	0.284	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
X ₆ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.209	0.003**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
X ₇ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.069	0.355	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 4.12 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	Y
X ₁ ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	1	.460**	.149*	.404**	.472**	.626**	.039	.189**
X ₂ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		1	.074	.436**	.476**	.306**	-.037	.131
X ₃ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ			1	.190**	.150*	.157*	.051	.039
X ₄ ด้านการสื่อสารสุขภาพ				1	.450**	.382**	-.044	.138
X ₅ ด้านการจัดการตนเอง					1	.488**	-.041	.284**
X ₆ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ						1	-.014	.209**
X ₇ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง							1	.069
Y พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ								1

หมายเหตุ **P<0.01*P<0.05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย เมื่อพิจารณาผลการศึกษา ประกอบกับทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ จึงนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

5.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.64 โดยแตกต่างจากข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าในวัยทำงานจะมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2568) มีอายุเฉลี่ย 38.65 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.10 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 60.61 และมีรายได้เฉลี่ย 35,690.01 บาท มีอายุงานเฉลี่ย 10.83 ปี ส่วนใหญ่เคยตรวจโรคแล้วไม่พบโรคประจำตัว ร้อยละ 54.04 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 59.09 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 61.62 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 90.91 โดยช่องทางหลักที่ได้รับข้อมูลคืออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 79.29 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ที่พบว่าอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางหลักในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยทำงาน

5.1.1.1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย พบว่ามีคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 65.15 กล่าวคือเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ, 2564) ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำอาจทำให้ขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพ

ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานและเป็นงานเฉพาะเป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องกับบริการและความปลอดภัย อีกทั้งยังอยู่ในพื้นที่ท่าอากาศยานที่เปิดให้บริการทุกวัน อาจไม่มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุข หรือ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ทำการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในประชากรเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทองจำนวน 1,138 คน พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำร้อยละ 62.70 และการศึกษาของ จิรสุตา ธาณิรัตน์ (2565) ทำการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของบุคลากรโรงพยาบาลปทุมธานี ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 66.36 คิดเป็นร้อยละ 51.21 ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี แตกต่างจากการศึกษาของปวีณา รัตนเสนา (2566) ที่ทำการศึกษาในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลโดยมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.10 แตกต่างจากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความรู้สุขภาพระดับปานกลาง (พัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ, 2564) แตกต่างจากการศึกษาของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ทำการศึกษาคำตอบด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 73.81 และแตกต่างจากการศึกษาของ อารีย์ แร่ทอง (2562) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาดำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.84 และแตกต่างจากการศึกษาของพรรณนีย์ บุญมั่น (2566) ที่ทำการศึกษาคำตอบด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย พบว่ามีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 63.20 และแตกต่างจากการศึกษาของ นาฏยา คลีเกสร (2565) ที่ศึกษาในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับดีมากร้อยละ 56.11 ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากร มีบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ (วิมล โรมา, 2562)

ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีคะแนนอยู่ในระดับถูกต้องที่สุดร้อยละ 76.77 กล่าวคือเป็นผู้รู้และเข้าใจในหลัก 3อ.2ส. อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจาก สื่อออนไลน์โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลสุขภาพสูงถึงร้อยละ 90.91 และช่องทางที่ได้รับข้อมูลสุขภาพมากที่สุดคือ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 79.29 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งได้รับคำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค การจัดการอารมณ์ความเครียดของตนเอง ทราบถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทราบความรู้เบื้องต้นที่เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีความสามารถในการทำความเข้าใจประเด็นหรือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ สอนอาจ (2562) ที่กล่าวว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องสามารถนำความรู้และความเข้าใจไปใช้ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม หากมีความรู้แต่ไม่นำไปใช้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ บุญมัน (2566) ในกลุ่มประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 82.40 แตกต่างจากการศึกษาของ พรภัทรา แสนเหลา และคณะ (2565) พบว่าในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ในระดับน้อย ร้อยละ 37.60 แตกต่างจากการศึกษาของ พัทธรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ(2564) ที่ศึกษา ในกลุ่มประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.63 และแตกต่างจากการศึกษาของปวีณา รัตนเสนา (2566) ที่ศึกษาในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.00 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ได้แก่ การประเมินคุณค่าของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการนำข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ ไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Nutbeam, 2000) อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านเวลาในการเรียนรู้และได้รตรองข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากภาระงานหรือข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลต่อการประเมินคุณค่าและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีคะแนน อยู่ในระดับไม่ดี กล่าวคือเป็นผู้ที่ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับแนวทางที่ชัดเจนในการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพที่ครบถ้วนเหมาะสม อีกทั้งไม่มีช่องทางการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นไปอย่างจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของพรภัทรา แสนเหลา และคณะ (2565) ที่ศึกษาในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับน้อย ร้อยละ 40.10 แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรีของ พัทธรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลมี

ระดับปานกลาง ร้อยละ 73.89 แตกต่างจากการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมัน (2566) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในกลุ่มประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยอยู่ในระดับ พอใช้ 72.90 และแตกต่างจากการศึกษาของ ปวีณา รัตนเสนา (2566) ที่ศึกษาในประชาชน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 48.80

ด้านการสื่อสารสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีคะแนน อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 60.10 กล่าวคือ ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียน และการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง มีการสื่อสารหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อกับบุคลากรทางสุขภาพที่จำกัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความเข้าใจ และอาจเนื่องจากไม่ได้การถ่ายทอดสิ่งที่ตนรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อให้กับบุคคลอื่น อันนำไปสู่การขาดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติทักษะการสื่อสาร (Communication skill) เป็นทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สื่อสาร พูดคุย และโน้มน้าวบุคคลอื่นได้(พรภัทรา แสนเหลาและคณะ, 2565) แตกต่างจากการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมัน (2566) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.5 แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรีของพัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.04

ด้านการจัดการตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 61.11 หมายความว่า มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ทำให้ขาดความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติและการจัดการตนเองตามหลักดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง โดยทักษะการจัดการตนเองเป็นความสามารถและทักษะการเตือนตนเองและการจัดการตนเอง เพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้อย่างต่อเนื่องและปรับการปฏิบัติได้เหมาะสมกับสถานการณ์ (พัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมัน (2566) ศึกษาในกลุ่มประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพมีระดับไม่ดีร้อยละ 78.00 แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรีของพัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพการจัดการตนเองด้านสุขภาพมีระดับปานกลางร้อยละ 76.27 และแตกต่างกับการศึกษาของพรภัทรา แสนเหลา

และคณะ (2565) ศึกษาในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ การจัดการ เจื่อนใจของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพร้อยละ 48.70

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี หมายความว่า ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน อาจเป็นเพราะความหลากหลายและปริมาณข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านอินเทอร์เน็ตและโซเชียลมีเดีย ซึ่งอาจทำให้ผู้รับสารเกิดความสับสน ขาดทักษะในการคัดกรองข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ ข้อมูลด้านสุขภาพมักถูกเผยแพร่อย่างรวดเร็วผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก(Facebook), ตี๊กต็อก(TikTok) และ ยูทูบ(YouTube) ส่งผลให้บางครั้งผู้รับสารไม่ได้ตรวจสอบแหล่งที่มาหรือความถูกต้องของเนื้อหา ก่อนนำไปปฏิบัติ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานในท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย จึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้สามารถ คัดสรรข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ โดยการนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภมร ธรรม และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ พบว่าทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี ของพัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ(2564) ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.15 และแตกต่าง กับการศึกษาของพรภัทรา แสนเหลา และคณะ (2565) ที่ศึกษาในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 39.30 แตกต่างกับการศึกษาของทรงศนีย์ บุญมัน (2566) ได้ศึกษาในกลุ่มประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 39.80 และแตกต่างจากการศึกษาของพรภัทรา แสนเหลา และคณะ (2565) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ด้านความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.00

ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 76.77 กล่าวคือ ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตัวตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม กลุ่มตัวอย่างยังเลือกปฏิบัติในการ

ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์และไม่ตกเตียงเพื่อนกรณีสูบบุหรี่ในบ้านของตนเอง ยังขาดทักษะในการเลือกแนวทางปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพ และในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อีกทั้งอาจไม่สามารถใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงยังไม่สามารถเลือกแนวทางที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง และผู้อื่น หรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (อารีย์ แร่ทอง, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ ว่าที่ ร.ต.ท.หญิงธัญชา เวสสะโกศล (2562) ศึกษาในกลุ่มข้าราชการตำรวจสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาลความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.อยู่ในระดับไม่ดี คือไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตัวตามสบายไม่ คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรีของ พัทธรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพการตัดสินใจด้านสุขภาพมีระดับ ปานกลาง ร้อยละ 74.05 และแตกต่างกับการศึกษาของพรภัทรา แสนเหลา และคณะ (2565) ศึกษา ในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตำบลนาผาย จังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ด้าน การตัดสินใจเลือก ปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.90 แตกต่างจากการศึกษา ของทรรศนีย์ บุญมั่น (2566) ศึกษาในกลุ่มประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย พบว่าความ รอบรู้ด้านสุขภาพการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 91.40 และแตกต่างจากการศึกษาของ ปวีณา รัตนเสนา (2566) ที่ศึกษาในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและ ปริมณฑล โดยกลุ่มตัวอย่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม หลัก 3อ.2ส.อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.40

5.1.1.2 ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.40 กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อยอาจ เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานในสังคมเมืองที่มีวิถีชีวิตเร่งรีบ ทำให้ไม่มีเวลาคัดสรรอาหารเพื่อ สุขภาพ แต่เลือกบริโภคเมนูที่สะดวกและรวดเร็วให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบสูงอาจส่งผลให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า เมื่อกลับจากการทำงาน จึงต้องการพักผ่อนมากกว่าการออกกำลังกาย ส่งผลให้ละเลยการดูแลสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและ การออกกำลังกาย (กิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ, 2566) ผู้ปฏิบัติงานบางส่วนที่มีผลการตรวจสุขภาพ ประจำปีพบความผิดปกติจะได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพหลังการตรวจ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ช่วย ส่งเสริมให้พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการได้รับคำแนะนำหลังการตรวจ สุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ การสนับสนุนเพิ่มเติมผ่านกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริม สุขภาพจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (อมรา ปาปะเก และวรายศ ดาราสว่าง, 2567) และการที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องช่วยป้องกันและลดการเจ็บป่วย

การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลทำโดยมีเป้าหมายในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล (สกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2565) ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากประชาชนเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ง่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ ศรีประจันต์ (2562) ศึกษาในกลุ่มบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากเป็นบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ด้านสุขภาพ ต้องปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพและปฏิบัติตามนโยบายขับเคลื่อนสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แตกต่างจากการศึกษาของ ปวีณารัตนเสนา(2566) ที่ศึกษาในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.50 แตกต่างจากการศึกษาของ นพมาศ โกศล และคณะ (2562) ทำการศึกษาในกลุ่มวัยทำงาน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช อายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 1,013 คน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 21.91 แตกต่างจากการศึกษาของนาฏยา คลีเกสร (2565) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 62.21 เนื่องจากเป็นวัยทำงานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความรู้และสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองได้ดี

5.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ภาวะอ้วนลงพุง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) พบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลใด ๆ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ทำการวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้บริหารระดับจังหวัดภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถึงแม้ผู้บริหารส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ อยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของปวีณารัตนเสนา (2566) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรคนิย์ บุญมัน (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัยพบว่า อายุ รายได้ ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ แร่ทอง (2562) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30.2ส. สอดคล้องกับการศึกษาของว่าที่ ร.ต.ท.หญิงธัญชา เวสสะโกศล (2562) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของข้าราชการตำรวจสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาลพบว่าอายุ ไม่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กัลยาณี ดันตรานนท์ และคณะ (2563) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอาชีพและการมี/ไม่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แตกต่างจากการศึกษาของ Denuwara and Gunawardena(2017) พบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแตกต่างจากการศึกษาของ Said Bodur et al. (2017) พบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่าผู้ที่มีการศึกษาประถมศึกษาจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาปริญญา (จิตเจียรนะใน สุขัยรัตน์ และคณะ, 2565) แตกต่างจากการศึกษาของวันเพ็ญ ยินดี (2565) ที่พบว่า ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

5.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.189$, $p=.008$) อธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับกิจกรรม กระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากนั้นหมายความว่า ความรอบรู้ ด้านสุขภาพนั้น มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี และมีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับพอใช้ หากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่เพียงพอจะส่งผลให้มี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

รับรู้และเข้าใจแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังสามารถถ่ายทอดหรือแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้อื่นได้ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยทางด้านการรู้คิด ได้แก่ กระบวนการทางปัญญาที่ทำให้เกิดความคิดความเข้าใจ ประเมินข่าวสารและการบริการทางสุขภาพที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมซึ่งเป็นแรงจูงใจภายในที่ส่งเสริมการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม (วิชิตา นพเสริฐ และคณะ, 2566) กล่าวคือ หากมีความรอบรู้สุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (ดวงพร บุญมี, 2565) สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึงบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพและมีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ ทราบถึงวิธีค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง สามารถเปรียบเทียบเลือกรับสื่อโดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีและผลเสีย เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองตลอดจนสามารถกำหนดเป้าหมายนำมาวางแผนปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพดีมีทักษะการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ (อรอุมา พลชา และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันเป็นเส้นตรงทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=1.00$, $p=.000$) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชิตา นพเสริฐ และคณะ (2566) ที่ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปีในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .208 - .35$, $p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 76.84 จากคะแนนเต็ม 100 มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 67.23 จากคะแนนเต็ม 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ นานญา คลีเกสร (2565) ที่ทำการศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.359$, $p\text{-value}<.05$) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 56.11 และมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 62.21 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิม สุวรรณิน (2564) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมและพฤติกรรม

3อ. 2ส. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.511, p<.01$) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

ด้านการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.284, p=.0.000$) อธิบายได้ว่าบุคคลที่สามารถดูแลและจัดการตนเองได้นั้น เป็นผลมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เกิดจากความรู้ด้านการจัดการตนเอง เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง (ดวงพร บุญมี, 2565) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับไม่ดี การที่มีความสามารถในการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ การมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากนั้นหมายความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง นั้นมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก สอดคล้องจากการศึกษาของ สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน) พบว่าความสามารถในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.56, p<.001$) ซึ่งหมายความว่า ยิ่งบุคคลมีทักษะการจัดการตนเองที่ดี ก็ยิ่งมีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นพมาศ โกศล และคณะ (2562) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และความรอบรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพในด้านต่างๆ ทั้งการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ จะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.209, p=.0.003$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ในระดับเพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับที่ไม่ดีจึงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การรู้เท่าทันสื่อเป็นความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นทักษะการค้นหาข้อมูลล้นกรองและตรวจสอบว่ามีความถูกต้องน่าเชื่อถือหรือไม่ ในทางกลับกันหากขาดทักษะในการรู้เท่าทันสื่อ อาจนำไปสู่การรับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ที่ไม่เหมาะสมการมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากนั้นหมายความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศนั้นมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลีกร ลิ่งไธสง และคณะ (2567) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขต เมือง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์บวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก 3อ.(เฉพาะ3อ.)($r=0.21$) สอดคล้องกับงานวิจัยของพรภัทรา แสนเหลา และคณะ (2565) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ด้านความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ.2ส. ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและ สารสนเทศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.294$ $p=.000$) แตกต่างกับการศึกษาของ ชมพากาญจน ทองสี และคณะ (2564) ที่ศึกษาความ รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพลทหารกองประจำการทหารใหม่ ประจำปี 2562 ผลัด 2/2562 ศูนย์การฝึกทหารใหม่ มณฑลทหารบกที่ 35 จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพการสื่อสารด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

5.2 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงาน ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย สามารถสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.64 มีอายุเฉลี่ย 38.65 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.10 การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 60.61 และมีรายได้เฉลี่ย 35,690.01 บาท มีอายุงานเฉลี่ย 10.83 ปี ส่วนใหญ่เคยตรวจโรคแล้วไม่พบโรคประจำตัว ร้อยละ 54.04 มีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์อ้วนเป็นร้อยละ 59.09 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 61.62 ส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 90.91 โดยช่องทางหลักที่ได้รับข้อมูลคืออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 79.29 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา รายได้ อายุงาน โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ภาวะอ้วนลงพุง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กับความรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับบริบทและพื้นที่ที่แตกต่างกันในการศึกษา

ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและสามารถจำแนกได้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเข้าใจในหลัก 3อ.2ส. อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ด้านการสื่อสารสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่องโน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้ ด้านการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างยังจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ทำให้ขาดความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติและการจัดการตนเองตามหลักดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กลุ่มตัวอย่างยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน อาจเป็นเพราะความหลากหลายและปริมาณข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านอินเทอร์เน็ตและโซเชียลมีเดีย ซึ่งอาจทำให้ผู้รับสารเกิดความสับสน ขาดทักษะในการคัดกรองข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างไม่สนใจสุขภาพตนเอง ทำตัวตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลเสียต่อสุขภาพตนเองยังไม่มีแผนและกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอาจไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ในส่วนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะรูปแบบการทำงาน การดำเนินชีวิต ถึงแม้ว่าจะมีการตรวจสุขภาพประจำปี แต่อาจไม่ได้รับข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้แนวทางการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจึงต้องมีการดำเนินงานพัฒนาการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ด้าน จึงจะสามารถเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นของประชาชนในแต่ละบุคคล เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.189$, $p=.008$) เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและ

สารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .05 ($r=.284$, $p=.000$) และ ($r=.209$, $p=.003$) ตามลำดับ ขณะที่ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ควรมีมาตรการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้น ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองตามหลัก ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

5.3.1 ทำอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย สามารถนำผลจากงานวิจัย ครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ การส่งเสริมทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังต่อไป

5.3.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานทำอากาศยานตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ รวมถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงควรมีการติดตามและประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของการทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงและความรุนแรงของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

5.4 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

5.4.1 ผลการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นส่วนงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพนักงานภายในทำอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เช่น กิจกรรมส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกายในที่ทำงาน การจัดการความเครียด และรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยความร่วมมือของหน่วยงานต้นสังกัดและหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ

5.4.2 ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารที่เข้าใจง่าย เพื่อให้สามารถตัดสินใจปฏิบัติตนด้าน สุขภาพได้อย่างถูกต้อง จัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น

5.5 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.5.1 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลการตรวจสุขภาพของ ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยาน เช่น ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต หรือระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ได้ ข้อมูลเชิงปริมาณที่สะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

5.5.2 ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม เพื่อเข้าใจเจตคติ ความเชื่อ และอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพที่เหมาะสมและตรงกับบริบท

รายการอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>

กรมอนามัย. (2562). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พ.ศ. 2562. กรมอนามัย.

https://borc.anamai.moph.go.th/th/hlsituation/download?id=83863&mid=36628&mkey=m_document&lang=th&did=27242

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. (2562). รอบรู้สุขภาพวัยทำงาน

<https://dopah.anamai.moph.go.th/th/e-book/970#wow-book/>

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>

กองสุขศึกษา. (2559). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน, กลุ่มวัยทำงาน.

https://hss.Moph.Go.Th/HssDepartment/File_reference/202202221614559807.Pdf.

กองสุขศึกษา. (2568). คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ. กองสุขศึกษา.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กอบกุล มาดีคาน, นงนุช โอปะะ, และปิ่นพ็ญ ศุภเมธพร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 14(1), 38–53.

กัลยาณี ตันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, วีระพร สุทธากรณ์, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และเสาวนีย์ คำปวน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 16(2), 61–71.

กิ่งแก้ว สำรวรรัตน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2561). การทำความเข้าใจในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสต์เทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 12(3), 1–13.

- กิตติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ยุวดี งอมสงัด, นิภา สุทธิพันธ์, ปิยะอร รุ่งชนเกียรติ, ปณณทัต บณขุนทด, และ
เมธา พันธรัมย์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 479–492.
- กิตติยาภรณ์ อุทุมพร. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองหน่วยโลหิตวิทยา
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
<https://www.nmu.ac.th/nmu-display-service/render/attach/5/f>.
- จกกลณี ชันอาสา, รักชนก คชไกร, และกิตติดา ไกรนุวัตร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร.
วารสารพยาบาลทหารบก, 21(3), 109–120.
- จามจุรี แซ่หลู่ และนภาพรรณ วิริยะศิริกุล. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคอ้วนของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียนที่สังกัด
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสาร
มหาจุฬานาครธรรมศาสตร์*, 7(11).
- จิตเจียรไน สุขัยรัตน์, ภาชีนี โอภาสี, อรณัชชา จิตพยัค, ชัชฎาวลัย โชคชัยทวีสุข, และวิสุทธิดา
แสงจันทร์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย
ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 139–152.
- จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, และอักษร ทอประชุม. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(2), 1–24.
- จิรัฐดา ธานีรัตน์. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ในกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน ของบุคลากรโรงพยาบาลปทุมธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(1),
56–70.
- จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ
จังหวัดกระบี่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 6(3), 121–130.
- เจนวิทย์ ศรพรหม และธนศ ศรพรหม. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง ของประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 10. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10
อุบลราชธานี*, 11(1), 29–46.
- แจ่มจันทร์ ทองลาด. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรม
สุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.
วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 36(2), 82–90.

- ชญาดา พูลศรี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงานเก็บขยะของเทศบาลในจังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชมพากาญจน ทองสี, นิชากรีย์ ใจคำวัง, และพงษ์ ศักดิ์ อ้นมอย. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพลทหารกองประจำการทหารใหม่ประจำปี 2562 ผลัด 2/2562 ศูนย์การฝึกทหารใหม่ มณฑลทหารบกที่ 35 จังหวัดอุดรธานี. ใน รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 12 หน้า (หน้า 721-731). การประชุมจัดโดยมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ ร่วมกับ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และ สป.อว.
- ชวพัส โดเจริญบุตตี, จินตนา สรายุทธพิทักษ์, และสรินญา รอดพิพัฒน์. (2567). การพัฒนาหลักสูตรอบรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพนักงานในสำนักงาน โดยใช้การขัดจังหวะการนั่ง กิจกรรมประกอบดนตรี และสื่อสังคมออนไลน์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ, 1(16), 203-215.
- ซินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 1-11.
- ซินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล, และสุทัตตา ช่างเทศ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 320-332.
- ชุลีกร ลิ่งไธสง, ศศิธร ยี่ศรี, และกชนันท์ นาครัตน์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 47(1), 94-105.
- ณรงค์ฤทธิ์ คงสมาน และพยุ่ง พุ่มกลิ่น. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงาน ในสถานประกอบการ อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(1), 62-75.
- ดวงพร บุญมี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 153-166.
- พรรศนีย์ บุญมัน. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.

พรรคินัย บุญมั่น. (2566). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.

ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น*, 4(1), 137–152.

เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กริณา แต่อาร์ักษ์, สายันท์ ปัญญาทรง, และอ้อยทิพย์

บัวจันทร์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1), 45–56.

ธนกร พวนศิริ, อติสา นิตธรรม, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนท์, และรวิภา บุญชูช่วย.

(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกัลลังก์กองบิน 4

อำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(1), 417–427.

ธมนพรรษ บุญเจริญ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, และจรรย์วัตร คมพยัคฆ์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมมารับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.

วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 29(3), 50–64.

ธัญชนก ขุมทอง, วิจารณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้

ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูงในจังหวัดอุทัยธานี

และอ่างทอง. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(6), 67–85.

นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์, เชาวลิต ลิ้มวิจิตรวงศ์, และนิตยา ศิริแก้ว. (2562).

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้าน

จัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช.

รายงานการประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10, 10(1), 1600–1611.

นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสาร*

กรรมการแพทย์, 47(1), 80–86.

นาฏยา คลีเกษร. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล

ระนอง. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 38(1), 56–65.

นิสิต ปาปวน, สุรีย์ เข้มทอง, และภุริพัฒน์ ชาญกิจ. (2567). ผลกระทบของประสบการณ์ในสนามบิน

ที่ส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจ และภาพลักษณ์ของท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย.

วารสารการจัดการสมัยใหม่, 22(1), 1–21.

- นุชนาถ เจริญรักษ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของคนวัยทำงาน ในชุมชนคลองหนองงูเห่า อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- บุรฉัตร จันทรแดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, และสัญญา เคนาภูมิ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 19(4), 235–244.
- เบญจวรรณ สอนอาจ. (2562). แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (วิทยานิพนธ์ปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร
- ปวีณา รัตนเสนา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารวิจัยและ พัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 18(1), 131–145.
- ปัญญา ฤทธิ์ภู. (2566, 15 มีนาคม). การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ : กรณีศึกษา เทศบาลตำบลศรีสำราญ อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/files/post-doc/index.php?fn=detail&sid=323>
- ปาจร่า โพธิ์หัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะ พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 115–130.
- พรภัทรา แสนเหลา, เบญจพร สืบทอง, ภูญญรัตน์ เปลี่ยนจันทิก, ปิยะกุล ศิริ, ศุภลักษณ์ โคบำรุง, สิริญา ผลไธสง, สุธิดา เพชรฤชัย, และอารียา นาใจเย็น. (2565). ความสัมพันธ์ด้านความ รอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลัก3อ.2ส ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. ใน *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14* (หน้า 1,651-1,622). มหาวิทยาลัย ราชภัฏนครปฐม
- พรภัทรา แสนเหลา, สุวารี ทวนวิเศษกุล, ภูญญกรินทร์ หอยรัตน์, และสมักร ตาปราบ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 71(4), 20–28.
- พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัญญา สุขขำ, และเพ็ชรน้อย ศรีผดผ่อง. (2564). ความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของประชาชนจังหวัด สุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 4(1), 84–93.

- พิชญ์สุภาภรณ์ ไต้เมฆ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(1), 97-107.
- พิม สุวรรณิน. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(2), 10-20.
- ภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 15(3), 71-82.
- วรรณภา ลือกิตินันท์. (2562). การทำงานเป็นกะของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ, 29(2), 190-204.
- วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย, 15(2), 1-18.
- วัชร จันทร์กระจำง. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร
- วันเพ็ญ ยินดี. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชากรกลุ่มวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี, 31(2), 193-206.
- ว่าที่ ร.ต.ท.หญิงธันชชา เวสสะโกศล. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของข้าราชการตำรวจสังกัดกองบัญชาการตำรวจนครบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา สิทธิกัน. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ้ง อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

- วิชุดา นพเสริฐ, นิศาชล บุบผา, และอรุณณี ใจเที่ยง. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปีในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(1), 256-270.
- วิมล โรมา. (2562). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี พ.ศ.2562. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- ศราวดี โนแลียม, ภาวิน ชินะโชติ, และปริมปรีชญ์ คณินพศุตย์. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดบริษัท ทำอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน) (ทอท.). *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 13(3).
- ศิริพร ชุนฉาย, นพนิฐ จำปาเทศ, กมลทิพย์ คลังธรรมเนียม, รัชณี นามจันทร์, และอภิรัตน์ อำภามณี. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(2), 235-245.
- ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และอุบล จันทรเพชร. (2562). พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5.
- สกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, และฐานุช ถิ่นสอน. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 376-386.
- สมสุข ภาณุรัตน์, สุขฤดี รัชตถการสกุล, พัชรี กระจำงโพธิ์, ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์, และวิธิ ชูระธรรม. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของข้าราชการตำรวจผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารงานตำรวจชั้นสูง รุ่นที่ 52. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 3(1), 13-24.
- สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2565). หนังสือกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy).
<https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/ac39cb3d-ede5-ea11-80ec-00155d09b41f>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). สถิติหญิงและชาย ด้านประชากรจากการทะเบียน.
https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=89
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2565). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ปี 2565
<https://shorturl.asia/EyhM4>

- สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีสเทียณ
- สุภิญญา คำพันธ์, อนงค์นาถ หนูตาช, ชนากานต์ เกษตรการุณย์, และธนะวัฒน์ รวมสุข. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งกรุงเทพมหานคร. *วารสารสวนสุนันทาวิชาการและวิจัย*, 15(1), 1–10.
- เสาวภา ดงหงษ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(2), 13–23.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43–54.
- อมรา ปาปะเก และวรายศ ดาราสว่าง. (2567). ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำจากแพทย์ในกลุ่มผู้มารับบริการตรวจสุขภาพ วัยทำงานที่ศูนย์ตรวจสุขภาพโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 39(1), 283–291.
- อรนงค์ คงเรือง, อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์, อนูรัตน์ สงค์อินทร์, และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2563). ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของบุคลากรครูในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง*, 5(1), 44–62.
- อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, รชานนท์ ง่วนใจรัก, ชลาลัย บำรุงญาติ, สุนิษา แก้วไพร, และอรญา ผานาค. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 15(1), 58–73.
- อรอุมา พลชา และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกะท้าวอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*, 5(2), 196–207.
- อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, จักรพันธ์ โพธิภาพ, วสันต์ชาย สุรมาตย์, มณฑิรา ชนกะกาญจน์, กัลยา ปังประเสริฐ, และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 156–171.

- อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, กานต์สินี วัฒนพฤกษ์, ปรียาภัทร มั่นเพียร, ชลิตา มณีวงศ์, และปนัดดา สุธีสุนทรกุล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของนิสิตสายวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 17ฉบับที่1(1).
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. สุขุมวิทการพิมพ์.
- อารีย์ แร่ทอง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 62–70.
- เอกชัย ชัยยาพา. (2560). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Cronbach, L. J. (1947). Test “reliability”: Its meaning and determination. *Psychometrika*, 12(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/BF02289289>
- Denuwara, H. M. B. H., & Gunawardena, N. S. (2017). Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. *BMC Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4543-x>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Hinkle, D. E. (1998). *Applied statistics for the behavioral sciences* (4th ed.). Houghton Mifflin.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714–9725. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809714>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *Journal of Public Health*, 54(5), 303–305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1976, April). *On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity* [Paper presentation]. Annual Meeting of the American Educational Research Association, San Francisco, CA.
- Said Bodur, A., Filiz, E., & Kalkan, I. (2017). Factors Affecting Health Literacy in Adults: A Community Based Study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 100–109. www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Słońska, Z. A., Borowiec, A. A., & Aranowska, A. E. (2015). Health literacy and health among the elderly: Status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropological Review*, 78(3), 297–307. <https://doi.org/10.1515/anre-2015-0023>

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfu.ac.th

หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย

COA: 103/2024

รหัสโครงการวิจัย: EC 24007-18

ชื่อโครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ
ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาววาสนา รอดรัตน์

สำนักวิชา: วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผู้สนับสนุนการวิจัย: ทุนส่วนตัว

การรับรอง :

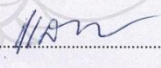
- | | |
|---|--|
| (1) โครงการวิจัย | ฉบับที่ 3 วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 |
| (2) เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 3 วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 |
| (3) แบบสอบถาม | ฉบับที่ 2 วันที่ 2 มีนาคม 2567 |
| (4) ข้อมูลประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 21 ธันวาคม 2566 |
| (5) ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม | |
| - นางสาววาสนา รอดรัตน์ | - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ |
| - อาจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี | |

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration
of Helsinki) รายงานเบลมอนต์ (Belmont Report) แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภา
องค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH-GCP)

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 19 พฤษภาคม 2567

วันสิ้นสุดการรับรอง: 18 พฤษภาคม 2568

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 1 ปี

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง แพทย์หญิง แสงแข ชำนาญวนิกิจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rechuman@mfu.ac.th

ผู้วิจัยที่โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ต้องปฏิบัติตามต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการวิจัยตามระเบียบในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- (2) ใช้เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย / แบบสอบถาม / แบบบันทึกข้อมูล / เอกสาร
ประชาสัมพันธ์ ที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เท่านั้น
- (3) ผู้วิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (AP 05/2024) ตามระยะเวลาที่คณะกรรมการฯ กำหนด และ
ภายใน 30 วัน ก่อนหมดอายุการรับรอง ในกรณีที่การวิจัยยังไม่เสร็จสิ้น ผู้วิจัยต้องส่งจดหมายขอต่ออายุ
การรับรอง
- (4) เมื่อมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องส่งรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (AP 06/2024) และ
โครงการวิจัยที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อแจ้งให้คณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการตามที่ได้แก้ไข
เพิ่มเติม (ยกเว้นในกรณีที่การแก้ไขเพิ่มเติมนั้นกระทำเพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร)
- (5) เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง “ในสถาบัน” ผู้วิจัยต้องส่งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิด
ร้ายแรง (AP 07/2024) ตามข้อกำหนดของ ICH-GCP
- (6) เมื่อมีการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง ผู้วิจัยต้องส่งรายงานการเบี่ยงเบน
หรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (AP 08/2024)
- (7) เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น หรือ มีการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยต้องส่งรายงาน
ปิดโครงการวิจัย (AP 09/2024)

หมายเหตุ สามารถ Download แบบรายงานต่าง ๆ ได้ที่ <https://ethic.mfu.ac.th>

ข้าพเจ้าในฐานะ ผู้วิจัย ยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว

ทศนา รอดรัตน์

(นางสาวทศนา รอดรัตน์)

วันที่ 24 / 5 / 64



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfu.ac.th

CERTIFICATE OF APPROVAL

COA: 103/2024

Protocol No: EC 24007-18

Title: Relationships among health literacy and health promotion behavior in workers
at Mae Fah Luang Chiang Rai international airport

Principal investigator: Miss. Wasana Rodratn

School: Health Science

Funding support: Personal Budget

Approval:

- | | |
|---|--|
| 1) Research protocol | Version 3 Date May 1, 2024 |
| 2) Information sheet and informed consent documents | Version 3 Date May 1, 2024 |
| 3) Questionnaire | Version 2 Date March 2, 2024 |
| 4) Research participant recruitment information | Version 1 Date December 21, 2023 |
| 5) Principal investigator and Co-investigators | |
| - Miss. Wasana Rodratn | - Assistant Professor Siwarak Kitchanapaiboon, Ph.D. |
| - Lecturer Phitsanuruk Kanthawee, Ph.D. | |

The aforementioned documents have been reviewed and approved by the Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research in compliance with international guidelines such as Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use - Good Clinical Practice (ICH - GCP)

Date of Approval: May 19, 2024

Date of Expiration: May 18, 2025

Frequency of Continuing Review: 1 year

Sangkar

(Assoc. Prof., Maj. Gen. Sangkar Chamnanvanakij, M.D.)

Chairperson of the Mae Fah Luang Ethics Committee on Human Research



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
 333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
 Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfu.ac.th

For research protocol approved by the Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research (MFU EC), the investigators must comply with the followings:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol.
2. Use only the information sheet, consent form, questionnaire, case record form and advertisement bearing the MFU EC stamp of approval.
3. Submit a progress report (AP 05/2024) for continuing review and for renewing the approval within 30 days before expiration date.
4. When there are changes of the protocol, the investigator must submit an amendment report (AP 06/2024) with amended protocol for MFU EC approval before implementing any changes in the research (unless those changes are required urgently for the safety of the research subjects).
5. When there is any unanticipated problem or serious adverse event, the investigator must submit a safety report (AP 07/2024) as set forth in the ICH-GCP.
6. When there is any deviation or non-compliance with the approved protocol, the investigator must submit a protocol deviation/non-compliance report (AP 08/2024).
7. When the research is complete or terminated, the investigator must submit a closing report (AP 09/2024).

Please go to <https://ethic.mfu.ac.th> to download MFU EC forms for reporting.

I, as an investigator, agree to comply with the above obligation.

นางสาว วาสนา วัฒนศิริ

(Miss. Wasana Rodratn)

Date 24/5/64

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

1

Version.....2..... Date..25.. March..2024

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

คำชี้แจง

- 1.แบบสอบถามชุดนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย
2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น จะไม่มีผลกระทบบใด ๆ ต่อท่าน เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น
- 3.แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถาม การรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส
 - ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย
 - ตอนที่ 4 องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ. 2 ส.
 - ตอนที่ 5 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงรายมีความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. (พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ2ส หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย มีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตาม 3อ.2ส. (พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ได้อย่างถูกต้อง ตามเกณฑ์ ที่กำหนด

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

วาสนา รอดรัตน์
นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



Version.....2..... Date..25.. March..2024

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

อายุ.....ปีอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ขอทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

1.ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของ นางสาววาสนา รอดรัตน์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับ หลอกลวงแต่ประการใด และพร้อมจะให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะ เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มี รายละเอียดชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัย เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3.ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้ เฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

4. ข้าพเจ้าได้รับทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนั้นเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่ข้าพเจ้าควรได้รับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้แล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้า โครงการวิจัยและพยาน

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย / วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย / วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน / วันที่.....

(.....)



3

Version.....2..... Date..25.. March..2024

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในท่าอากาศยาน แม่ฟ้าหลวง เชียงราย

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว และเติมคำลงใน.....ที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด1. เพศ : ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง

2. อายุ :ปี (บริบูรณ์)

3. สถานภาพสมรส

☐ 1.โสด ☐ 2.สมรส ☐ 3.หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

☐ 1.มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3 ขึ้นไป) ☐ 2.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ม.4-ม.6))☐ 3.อนุปริญญา/ปวส. ☐ 4.ปริญญาตรี☐ 5.ปริญญาโท ☐ 6.ดุษฎีบัณฑิต☐ 7.อื่น ๆ

5. ลักษณะงาน

☐ 1. เวลาทำการ (08.00 -17.00 น.) ☐ 2.งานกะ ☐ 3.เวลาทำการและงานเวร

6. รายได้ต่อเดือน (ฐานกำหนดอัตราค่าจ้างเริ่มต้นของบริษัท ทอท)

☐ 1.น้อยกว่า 10,000 บาท ☐ 2.10,001 – 20,000 บาท☐ 3.20,001 – 30,000 บาท ☐ 4. 20,001 – 30,000 บาท☐ 5. 30,001 – 40,000 บาท ☐ 6. 40,001 – 50,000 บาท☐ 7. มากกว่า 50,000 บาท

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (โรคประจำตัวที่ผ่านการตรวจโดยแพทย์ได้วินิจฉัย)

☐ 1. ไม่เคยตรวจ☐ 2. เคยตรวจที่ผ่านมาแต่ไม่พบโรค☐ 3. เคยตรวจแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)☐ 1.ความดันเลือดสูง ☐ 2. เบาหวาน ☐ 3. ไขมันในเลือดผิดปกติ

4

Version.....2..... Date..25.. March..2024

- ☐ 4. โรคหอบหืด ☐ 5. ไมเกรน ☐ 6. กรดไหลย้อน ☐ 7. โรคอื่นๆ
☐ 8. ระบุ.....

8. ข้อมูลสุขภาพ

น้ำหนัก ระบุ.....กิโลกรัม

ส่วนสูง ระบุ.....เซนติเมตร

เส้นรอบเอว ระบุ.....เซนติเมตร

9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากช่องทางใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. ไม่ได้รับเลย ☐ 2. เว็บไซต์ของหน่วยงาน ☐ 3. โทรทัศน์
☐ 4. วิทยู ☐ 5. หนังสือพิมพ์
☐ 6. สื่ออิเล็กทรอนิกส์(เฟสบุ๊ก, ไลน์, อีเมล, ยูทูบ) ☐ 7. ผู้บริหาร/บุคลากรในหน่วยงาน
☐ 8. เอกสาร/สิ่งพิมพ์เผยแพร่ ☐ 9. แพทย์
☐ 10. พยาบาล ☐ 11. เกษัชกร
☐ 11. ทันตแพทย์ ☐ 12. สมาชิกในครอบครัว
☐ 13. เพื่อน ☐ 14. อื่นๆ

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.

คำชี้แจง โปรดเลือกที่ตัวเลือก ก ข ค ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ มากที่สุด
 ก. อาหารที่มีรสเปรี้ยว เผ็ด ขมจัด ข. อาหารที่ใช้ปิ้งย่าง เปรี้ยว ทอดน้ำมันซ้ำ
 ค. อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ง. อาหารอบแห้ง หมัก ดอง
2. การกินผักหลายๆ ชนิดที่มีสีสันทดต่างกัน ปริมาณที่มากพอ จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคใดได้มากที่สุด
 ก. ความดันโลหิตสูง ข. มะเร็ง
 ค. เบาหวาน ง. ไขมันในเลือดสูง
3. การออกกำลังกายอย่างไร ถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้
 ก. ออกกำลังกายอย่างหนักแล้วพักดื่มน้ำให้มาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
 ข. ออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 60 นาที
 ค. ออกกำลังกายการทำงานบ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที
 ง. ออกกำลังกายจนเหนื่อย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

19 MAY 2024

APPROVED

5

Version.....2..... Date..25.. March..2024

4. บุคคลในข้อใด ที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี

ก. วีระ คิดหาทางแก้ปัญหาทุกเรื่องได้สำเร็จ ข. ชัยยศ หมั่นระวังตัวไม่ให้มีภัย ศัตรู หรืออุบัติเหตุ

ค. นงนุช ตั้งใจทำงานอย่างมีสติด้วยใจที่เป็นสุข ง. น้อยหน้า เข้าวัดฟังธรรมแม้จะไม่อยากเข้าก็ตาม

5. บุคคลในข้อใด ที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด

ก. ด.ช.นิค กินข้าวพร้อมกับพ่อกับที่สูบบุหรี่เกือบทุกมื้อ ข. นายน้อย สูบบุหรี่ไปคุยไป

ค. นางสาวแดง ลองหัดสูบบุหรี่ ตามคำชวนของเพื่อน ง. นายชด สูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่อมีความเครียด

6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาใดมากที่สุด

ก. โรคตับแข็ง ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ข. โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน

ค. โรคอ้วน โรคกระเพาะ โรคปอด ง. โรคกระเพาะ โรคเครียด โรคไตวายเฉียบพลัน

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ
ตาม 3อ.2ส.

คำชี้แจง โปรดเลือกในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.					
1. เมื่อต้องการรู้เรื่องข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้โดยง่าย เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ ค้นหาอินเทอร์เน็ต ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. หรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย น่าเชื่อถือ					



6

Version.....2..... Date..25.. March..2024

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย
การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. 3. ท่านอ่านเองหรือฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่า ตนเองไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาที่นั้น บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านเล่าเรื่อง พูดคุย อ่านหรือเขียนข้อมูลเกี่ยวกับ 3อ.2ส. ให้ครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นได้รับ บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่น ยอมรับข้อมูลที่ถูกต้อง หรือแนะนำให้สามารถปฏิบัติตามตาม 3อ.2ส. ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. 6. ท่านประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อพร้อมวางแผนออกกำลังของ ตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ บ่อยครั้งแค่ไหน					
7. ท่านประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง ถ้าพบว่าเครียด ท่านสามารถจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่าน					
8. ท่านมีการจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ท่านปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ให้ได้มากขึ้น บ่อยครั้งแค่ไหน					
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ.2ส. 9. เมื่อท่านสนใจในสินค้าที่โฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ท่านหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					



Version.....2..... Date..25.. March..2024

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย
10. ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้า ท่านได้วิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย เพื่อประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อหรือปฏิบัติตามทันที บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส.

คำชี้แจง โปรด เลือกที่ตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ

1. เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับเชิญให้กินอาหารหวานมีไขมันสูง ท่านตัดสินใจอย่างไร

- ก. กินตามคำเชื้อเชิญนั้นทันที เพื่อรักษาความเป็นเพื่อนที่เหนียวแน่น
- ข. กินตามคำเชื้อเชิญนั้น แต่กินช้าๆ ในปริมาณที่น้อยๆ
- ค. ขอขอบคุณและเตือนเพื่อน พร้อมเลี่ยงไปกินอาหารอื่นที่ดีต่อสุขภาพ แทน
- ง. ขอขอบคุณและบอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพไม่สามารถกินอาหารดังกล่าวได้

2. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่ เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร

- ก. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
- ข. ไปออกกำลังกายต่อตามปกติ ถ้าหากเบื่อก็อหยุดตามเพื่อน
- ค. ไปออกกำลังกายตามปกติ ไม่ว่าจะมีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
- ง. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมกับ เพื่อน

3. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ท่านจะปฏิบัติตนเช่นไร

- ก. ตอบรับตามคำชวนของเพื่อนทันที เพื่อไม่ให้เสียความเป็นเพื่อนไป
- ข. ดื่มหรือสูบบุหรี่บ้างแต่พอเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เสียมารยาท
- ค. ปฏิเสธพร้อมให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยต่อตนเองและคนรอบข้าง
- ง. นั่งเป็นเพื่อนได้โดยไม่ดื่มหรือสูบบุหรี่ตามคำชวน



Version.....2..... Date..25.. March..2024

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตาม 3อ.2ส.

คำชี้แจง โปรดเลือกข้อความที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านในช่วง 6 เดือนนี้

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7วัน/ สัปดาห์	4-5วัน/ สัปดาห์	3 วัน/ สัปดาห์	1-2วัน/ สัปดาห์	ไม่ได้ ปฏิบัติ
1. ท่านมีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุม รสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อ บ่อย แค่ไหน					
2. ท่านกินผักและผลไม้สด สะอาดเสมอ วันละ อย่างน้อย ครึ่งกิโลกรัม บ่อยแค่ไหน					
3. ท่านออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวต่อเนื่อง จนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อออก บ่อยแค่ไหน					
4. ท่านมีการจัดการความเครียดของตนเองด้วย การมองโลกในแง่ดีเสมอ บ่อยแค่ไหน					
5. ท่านสูบ หรือ สูดควันบุหรี่ บ่อยแค่ไหน					
6. ท่านดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บ่อยแค่ไหน					



ประวัติผู้ประพันธ์

ชื่อ	วาสนา รอดรัตน์
ประวัติการศึกษา	
2556	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 2 วิทยาลัยเชียงราย
ประวัติการทำงาน	
2567 – ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ข้าราชการ) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยาน แม่ฟ้าหลวง เชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2563 – 2566	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ข้าราชการ) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยาน แม่ฟ้าหลวง เชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2560 – 2563	นักวิชาการสาธารณสุข (พนักงานราชการ) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยาน แม่ฟ้าหลวง เชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2558 - 2560	นักวิชาการสาธารณสุข (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) โรงพยาบาลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย
2556 - 2558	นักวิชาการสาธารณสุข (ลูกจ้างชั่วคราว) โรงพยาบาลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย
ทุนการศึกษา	
2566	ทุนสนับสนุนเพื่อทำวิทยานิพนธ์ และดุซงึนินพนธ์ของนักศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปีการศึกษา 2566 (มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง)