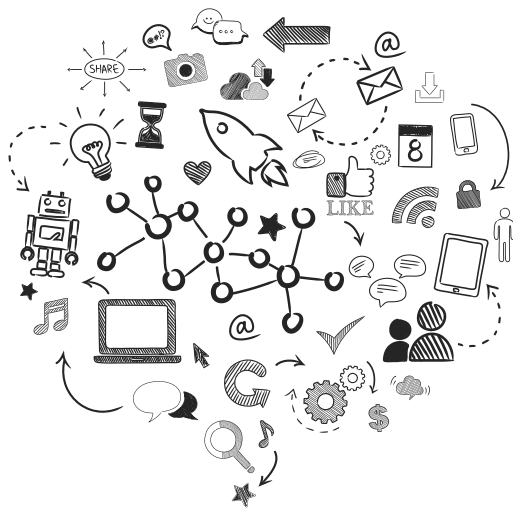


ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามโมเดล K-shape
กับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ
คลัสเตอร์สิ่งทอ แพร่ชน โทไฟลิตส์

Association between Health Literacy in K-shape model and Health Behaviors among employee in Textile and Fashion Lifestyle Cluster

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง จำเนียร ชุณหโสภาค เสาวนีย์ สมันต์ตรีพร ทิพนาด ชาริรักษ์
และ อรอุมา บุตรเริ่ม

Kwanmuang Kaeodumkoeng Jumnian Junhasobhaga Saowanee Samantreeporn
Tippanad Chareerak and Ornuma Buttrerm





ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามโมเดล K-shape กับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการคลัสเตอร์ สิ่งทอ แฟชั่นไลฟ์สไตล์

Association between Health Literacy in K-shape model and Health
Behaviors among employee in Textile and Fashion Lifestyle Cluster
ขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹ จำเริญ ชุนทโสภาค² เสาวนีย์ สมันต์ศิริพร³ ทิพนาด ชารีรักษ์⁴
และ อรุณา บุตรเริ่ม⁵

Kwanmuang Kaeodumkoeng Jumnian Junhasobhaga Saowanee Samantreeporn
Tippanad Chareerak and Ornuma Buttrerm

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400 ประเทศไทย

Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand e-mail: kmkaeo@gmail.com

²โครงการปรัชญาดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ 10240 ประเทศไทย

Doctor of Philosophy Program in Social sciences, Ramkhamhaeng University, Bangkok 10240,
Thailand e-mail: nian_J@yahoo.com

³คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยนครกรุงเทพ ปทุมธานี 12130 ประเทศไทย

Faculty of Business Administration, North Bangkok University, Pathum Thani 12130, Thailand
e-mail: film.phd5@gmail.com

⁴สำนักวิจัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพฯ 10250 ประเทศไทย

Research Institute, Kasem Bundit University, Bangkok 10250, Thailand
e-mail: taaksiinaa@gmail.com

⁵คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ 10240 ประเทศไทย

Faculty of Political Science, Ramkhamhaeng University, Bangkok 10240, Thailand
e-mail: polithai2557@gmail.com

Received : October 7, 2024 Revised : May 8, 2025 Accepted : May 14, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
กับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการคลัสเตอร์สิ่งทอ แฟชั่น
ไลฟ์สไตล์ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional Survey) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
พนักงานในสถานประกอบการคลัสเตอร์สิ่งทอ แฟชั่นไลฟ์สไตล์ จากสถานประกอบการ
7 แห่ง รวมจำนวน 395 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน
ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะ ตามโมเดล K-shape และ
พฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพรวม อยู่ในระดับไม่พอเพียง (inadequate) ร้อยละ 12.7 ระดับมีปัญหา (problematic) ร้อยละ 26.3 ระดับพอเพียง (sufficient) ร้อยละ 51.9 และระดับดีเยี่ยม (excellent) ร้อยละ 9.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนรายทักษะลำดับจากน้อยไปมากได้ดังนี้ ทักษะการไต่ถาม 11.33 ทักษะการเข้าถึง 11.59 ทักษะการนำไปใช้ 11.79 ทักษะการตัดสินใจ 11.89 และทักษะการสร้างใจ 11.94 โดยมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 2.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 70.1 และระดับดี ร้อยละ 27.9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีระดับความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .505$) ระดับความสัมพันธ์รายทักษะลำดับจากน้อยไปมากได้ดังนี้ ทักษะการไต่ถาม ($r = .372$) ทักษะการเข้าถึง ($r = .379$) ทักษะการสร้างใจ ($r = .380$) ทักษะการตัดสินใจ ($r = .397$) และทักษะการนำไปใช้ ($r = .431$)

ดังนั้น สถานประกอบการจึงควรมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยแนวคิดการเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ทักษะ เพื่อให้พนักงานมีสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; พนักงาน

Abstract

This study examined the association between Health Literacy in K-shape model and Health Behaviors among employee in Textile and Fashion Lifestyle Cluster. The cross-sectional survey served as the research tool. For this study 395 employers from 7 companies were chosen as samples. Three sections of a questionnaire were used to gather the data: 1) Characteristic data 2) health literacy on 5 skills according to K-shape model, and 3) health behaviors. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation.

The result revealed that the Health literacy in the sample group was rated as inadequate at 12.7%, problematic at 26.3%, sufficient at 51.9%, and excellent at 9.1%. The mean score for each skill was as



follows; 11.33 for questioning skill, 11.59 for access skill, 11.79 for application skill, 11.89 for decision making skill, and 11.94 for understanding skill. The health behaviors were deemed unsatisfactory level of 2.0%, medium level of 70.1% and excellent level of 27.9%. The association between variables showed that the health literacy in 5 skills were positively correlated with the total health behaviors ($r=.505$) at a statistical significance ($p<0.001$). The relationship for each skill was as follows; application skill ($r=.431$), decision making skill ($r=.397$), understanding skill ($r=.380$), access skill ($r=.379$), and questioning skill ($r=.372$) respectively. Thus, the company should promote health behaviors of employees by enhancing their necessary skills of health literacy which would lead to good health and work efficiency

Keywords : Health Literacy; Health Behavior; Employees

บทนำ

คุณภาพชีวิตและปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้แรงงานส่งผลกระทบต่อการผลิตและเศรษฐกิจของสถานประกอบการภาคอุตสาหกรรม ในปี พ.ศ.2559 กลุ่มวัยแรงงานอายุ 30-69 ปีทั่วโลก เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จำนวนถึง 15 ล้านคน รายงาน Thaihealth Watch 2021 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), 2564) ระบุว่าแรงงานไทยในภาคอุตสาหกรรมและบริการ 12 ล้านคน เสียชีวิตจาก NCDs ปีละกว่า 3.2 แสนคน โดยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุด ตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด และเบาหวาน ตามลำดับ สาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการทำงานที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมเนือยนิ่ง ขาดการออกกำลังกาย กินอาหารหวานจัด เค็มจัด ไขมันสูง สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานประกอบการอุตสาหกรรมสิ่งทอ พนักงานต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ความพร้อมของสภาพร่างกาย ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ออฟฟิศซินโดรม ความเครียด และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Montano et al., 2014; Nielson, 2013) ซึ่งบั่นทอนศักยภาพในการทำงานโดยรวม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2016) ได้ชี้แนะประเทศสมาชิกให้เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้การ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยให้คำนิยามว่า “ทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” และได้ประกาศเน้นความสำคัญในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 9 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกรอบการประเมินของกลุ่มประเทศยุโรป (The European Health Literacy Survey: HLS-EU) (Sorensen et al., 2012) และกลุ่มประเทศเอเชีย (Duong et al., 2017) ประเมินทักษะที่จำเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ ทักษะการประเมินและตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ งานวิจัยที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3อ.2ส.) และการป้องกันโรค การใช้บริการสุขภาพ การใช้ข้อมูล การออกกำลังกาย การบริโภคเพื่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด การดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Cunningham et al., 2014; Liu et al., 2015; Rudolf et al., 2019; ปาจรา โพธิ์หัง, 2564) การพัฒนาทักษะเหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องจนเป็นอุปนิสัยและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

การดำเนินงานในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดคำเรียก “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” และกำหนดทักษะที่จำเป็นสำหรับประชากรไทย ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง (access) ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ (understand) ทักษะการไต่ถาม/ซักถาม (questioning) ทักษะการตัดสินใจ (make decision) และทักษะการนำไปใช้ (apply) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564) เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นแนวมาตรฐานนิยมใช้ตามกรอบการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (The European Health Literacy Survey: HLS-EU) (Sorensen et al., 2012) ซึ่งมีการใช้ทั้งในกลุ่มประเทศเอเชียและประเทศอื่น ๆ (Duong, 2017) การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีการนำวิธีการวัด สเกลการวัด และการจำแนกระดับดังกล่าวข้างต้น มาใช้ในการประเมินทักษะที่จำเป็นตามโมเดล K-shape 5 ด้าน มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความเที่ยงและความสอดคล้องในการประเมินด้วยตนเองแล้ว (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร ชุณหโสภาค, 2564)



การสร้างเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการอุตสาหกรรมสิ่งทอ มีความจำเป็นและขาดองค์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความรู้ด้านสุขภาพพรายทักษะว่ามีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านอย่างไร สำหรับนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบและพัฒนากระบวนการ กิจกรรม และทักษะที่ต้องเน้นเป็นพิเศษ เพื่อให้พนักงานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงพร้อมสำหรับการทำงานและเกิดสุขภาวะที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการคลังเตอร์สิ่งทอ แฟชั่น โลฟส์ไต้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional Survey)

ประชากรในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ พนักงานในสถานประกอบการคลังเตอร์สิ่งทอ แฟชั่น โลฟส์ไต้ที่เข้าร่วมโครงการสร้าง พัฒนา ขยายองค์กรสุขภาวะในคลังเตอร์สิ่งทอ แฟชั่น โลฟส์ไต้สู่ผลลัพธ์พฤติกรรมที่ยั่งยืน (พ.ศ.2567-2569) ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 3,075 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พนักงานในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 7 แห่ง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power กำหนดระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่น้อยกว่า 371 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้ (1) มีอายุการทำงานในองค์กรที่เข้าร่วมโครงการ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) เป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ ในการจัดกิจกรรมพัฒนา และ (3) ยินยอมให้ข้อมูลสำหรับการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจากสถานประกอบการ กำหนดจำนวนตามสัดส่วนของกลุ่มเป้าหมายในโครงการฯ ประกอบด้วย (1) บริษัท จุลไหมไทย จำกัด (2) บริษัท เดอะคลาสสิก แร่ส จำกัด (3) บริษัท ไทยประสิทธิ์ เท็กซ์ไทล์ จำกัด (4) บริษัท ไมโครการปัก จำกัด (5) บริษัท DHL จำกัด (6) บริษัท ทองสยาม เอ็นจิเนียริง จำกัด และ (7) บริษัท อาโครมา (ประเทศไทย) จำกัด

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ (1) ข้อมูลคุณลักษณะ จำนวน 5 ข้อ (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ และ (3) พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ส่วนของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แนวมาตรฐานตามกรอบ

การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (Sorensen et al., 2012) ซึ่งมีการนำไปใช้ทั้งกลุ่มประเทศเอเชียและประเทศอื่น ๆ (Duong, 2017) มีการปรับใช้และพัฒนาขึ้นประเมิน 5 ทักษะที่จำเป็นตามโมเดล K-shape (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร ชุนทโสภาค, 2564) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยงแล้ว มีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .917 โดยทักษะการเข้าถึง (ค้นหา กลั่นกรอง ตรวจสอบ) มีค่าเท่ากับ .664 ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ (จดจำและเข้าใจ) มีค่าเท่ากับ .705 ทักษะการโต้ถาม (วางแผน ตั้งคำถาม ใช้คำถาม ประเมินคำถาม) มีค่าเท่ากับ .797 ทักษะการตัดสินใจ (ระบุประเด็น กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก แสดงจุดยืน) มีค่าเท่ากับ .842 และทักษะการนำไปใช้ (เตือนตนเอง จัดการตนเอง) มีค่าเท่ากับ .852 ใช้วิธีการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถของตนเอง (self-assessment)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แปลความหมายคะแนนตามระดับความสามารถ ทำได้ยากมาก-ง่ายมาก มีคะแนน 1-4 คะแนน และเพิ่มตัวเลือกไม่เคยทำ มีคะแนน 0 กำหนดจุดตัด (cut point) ร้อยละ 75 และจำแนกเป็น 4 ระดับ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร ชุนทโสภาค, 2564) ได้แก่ ระดับไม่พอเพียง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับมีปัญหา คะแนน 60-74.9 ระดับพอเพียง คะแนนร้อยละ 75-89.9 และระดับดีเยี่ยม คะแนนมากกว่าร้อยละ 90

พฤติกรรมสุขภาพ แปลความหมายของคะแนนตามความถี่ในการปฏิบัติตัวต่อสัปดาห์ ได้แก่ ไม่เคยทำเลย บางครั้ง (1-2วัน/สัปดาห์) บ่อยครั้ง (3-5วัน/สัปดาห์) และสม่ำเสมอ (6-7วัน/สัปดาห์) มีคะแนน 1-4 คะแนน กลับค่าคะแนนพฤติกรรมทางลบ และจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้องปรับปรุง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-80 และระดับดี คะแนนมากกว่าร้อยละ 80

การเก็บรวบรวมข้อมูลกับพนักงานกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน QR code ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประสานงานกับสถานประกอบการในการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามลักษณะที่กำหนด ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งเป็นช่วงสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโครงการฯ ได้รับแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ จากพนักงานกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 395 คน

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยการหา



ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 งานวิจัยนี้ได้รับการกลั่นกรองและตรวจรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 110/2567

ผลการศึกษา

มีสาระสำคัญดังนี้

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการเก็บรวบรวมจำนวน 395 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 เพศชาย ร้อยละ 37.5 มีอายุระหว่าง 36-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 55.4 รองลงมา ได้แก่ อายุระหว่าง 21-35 ปี ร้อยละ 39.3 และอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.3 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 37.1 ปี ($SD = 7.250$) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน มาแล้ว 1-5 ปี ร้อยละ 31.2 รองลงมา ได้แก่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28, 6-10 ปี ร้อยละ 24.1 และ 10-15 ปี ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยอายุงานเท่ากับ 11.8 ปี ($SD = 7.513$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรีจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 47.0 รองลงมา ได้แก่ ประถมศึกษา ร้อยละ 3.3 และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 2.7

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อกำหนดจุดตัด (cut point) ที่ร้อยละ 75 พบว่า พนักงานในกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพรวม อยู่ในระดับไม่พอเพียง (inadequate) ร้อยละ 12.7 ระดับมีปัญหา (problematic) ร้อยละ 26.3 ระดับพอเพียง (sufficient) ร้อยละ 51.9 และระดับดีเยี่ยม (excellent) ร้อยละ 9.1 ดังตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า **ทักษะการเข้าถึง** อยู่ในระดับไม่พอเพียงและมีปัญหา รวมกันคิดเป็นร้อยละ 21.7 อยู่ในระดับพอเพียงและดีเยี่ยม รวมกันคิดเป็นร้อยละ 78.3 **ทักษะการสร้างความเข้าใจ** อยู่ในระดับไม่พอเพียงและมีปัญหา รวมกันคิดเป็นร้อยละ 17.3 อยู่ในระดับพอเพียงและดีเยี่ยม รวมกันคิดเป็นร้อยละ 82.7 **ทักษะการไต่ถาม** อยู่ในระดับไม่พอเพียงและมีปัญหา รวมกันคิดเป็นร้อยละ 28.4 อยู่ในระดับพอเพียงและดีเยี่ยม รวมกันคิดเป็นร้อยละ 71.6 **ทักษะการตัดสินใจ** อยู่ในระดับไม่พอเพียงและมีปัญหา รวมกันคิดเป็นร้อยละ 19.2 อยู่ในระดับพอเพียงและดีเยี่ยม รวมกันคิดเป็นร้อยละ 80.8 และ**ทักษะการนำไปใช้** อยู่ในระดับไม่พอเพียงและมีปัญหา รวมกันคิดเป็นร้อยละ 23.3 อยู่ในระดับพอเพียงและดีเยี่ยม รวมกันคิดเป็นร้อยละ 76.7

ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม เท่ากับ 58.56 (จากคะแนนรวมเต็ม 80 คะแนน) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน เรียงลำดับจากน้อยไปมากได้ดังนี้ ทักษะการไต่ถาม เท่ากับ 11.33 ทักษะการเข้าถึง เท่ากับ 11.59 ทักษะการนำไปใช้ เท่ากับ 11.79 ทักษะการตัดสินใจ เท่ากับ 11.89 และทักษะการสร้าง ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.94 (จากคะแนนเต็ม 16 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้านและรวม (n=395)

ทักษะ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Mean	SD
	ไม่พอเพียง	มีปัญหา	พอเพียง	ดีเยี่ยม		
1. ทักษะการเข้าถึง	55 (13.9)	31 (7.8)	259 (65.6)	50 (12.7)	11.59	3.169
2. ทักษะการสร้าง ความเข้าใจ	33 (8.4)	35 (8.9)	290 (73.4)	37 (9.3)	11.94	2.229
3. ทักษะการไต่ถาม	64 (16.2)	48 (12.2)	249 (63.0)	34 (8.6)	11.33	2.850
4. ทักษะการตัดสินใจ	43 (10.8)	33 (8.4)	278 (70.4)	41 (10.4)	11.89	2.240
5. ทักษะการนำไปใช้	43 (10.9)	49 (12.4)	267 (67.6)	36 (9.1)	11.79	2.189
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	50 (12.7)	104 (26.3)	205 (51.9)	36 (9.1)	58.56	9.780

3. พฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติ ไม่สม่ำเสมอทุกวัน ได้แก่ ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง กินผักและผลไม้ที่สด สะอาด มากกว่าครึ่งก็โลกรั่มต่อวัน ทำงานออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจน มีเหงื่อออก ลดกินอาหารที่มีไขมันสูง (อาหารทอด อาหารใส่กะทิ) ลดกินอาหารรสเค็ม/เติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร โดยเฉพาะการลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร ลดการแสดงออกรุนแรงเมื่อเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิด รวมทั้งการลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่/ยาเส้น

ผลการจัดเรียงลำดับพฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้น้อยหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านซึ่งลำดับจากน้อยไปมาก มีดังนี้ (1) ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง ค่าเฉลี่ย 1.91 (2) ลดกินอาหารรสเค็ม/เติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร ค่าเฉลี่ย 2.39 (3) กินผักและผลไม้ที่สด สะอาด มากกว่าครึ่งก็โลกรั่มต่อวัน ค่าเฉลี่ย 2.56 (4) ลดการแสดงออกรุนแรงเมื่อเครียด/



วิตกกังวล/หงุดหงิด ค่าเฉลี่ย 2.90 (5) นอนหลับพักผ่อนได้มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ค่าเฉลี่ย 2.97 (6) ทำงานออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจนมีเหงื่อออก ค่าเฉลี่ย 3.12 (7) ลดกินอาหารที่มีไขมันสูง (อาหารทอด อาหารใส่กะทิ) ค่าเฉลี่ย 3.29 (8) ลดสูบบุหรี่/ยาเส้น ค่าเฉลี่ย 3.51 (9) ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร ค่าเฉลี่ย 3.55 และ (10) ลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ย 3.71 อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพที่มีการปฏิบัติน้อย ตามการจัดเรียงลำดับดังกล่าว บางพฤติกรรมแม้จะมีจะถูกจัดเรียงในลำดับท้าย แต่ก็ยังเป็นพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะกลุ่มและมีความรุนแรงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 : จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติและลำดับตามค่าเฉลี่ย (n=395)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				Mean	SD
	ไม่เคย ทำเลย	บางครั้ง (1-3วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (4-6วัน/ สัปดาห์)	สม่ำเสมอ ทุกวัน		
1. ออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง (HB1)	123 (5.8)	126 (31.9)	202 (51.1)	44 (11.2)	1.91	.810
2. กินผักและผลไม้ที่สด สะอาด มากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อวัน (HB2)	97 (24.6)	38 (9.6)	194 (49.1)	66 (16.7)	2.56	.965
3. ทำงานออกแรง/เคลื่อนไหว ร่างกายจนมีเหงื่อออก (HB3)	145 (36.7)	30 (7.6)	37 (9.4)	183 (46.3)	3.12	.867
4. ลดกินอาหารที่มีไขมันสูง (HB4) (อาหารทอด อาหารใส่กะทิ)	171 (43.2)	16 (4.1)	26 (6.6)	182 (46.1)	3.29	.762
5. นอนหลับพักผ่อนได้มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน (HB5)	46 (11.6)	13 (3.3)	32 (8.1)	304 (77.0)	2.97	.574
6. ลดกินอาหารรสเค็ม/เติมน้ำปลา เพิ่มในอาหาร (HB6)	42 (10.6)	15 (3.8)	254 (64.3)	84 (21.3)	2.39	.726
7. ลดกินอาหารรสหวานจัด/ เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร (HB7)	237 (60.0)	4 (1.0)	13 (3.3)	141 (35.7)	3.55	.613
8. ลดแสดงออกรุนแรง เมื่อเครียด/ วิตกกังวล/ หงุดหงิด (HB8)	124 (31.4)	12 (3.0)	141 (35.7)	118 (29.9)	2.90	.885

ตารางที่ 2 : จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติและลำดับตามค่าเฉลี่ย (n=395) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				Mean	SD
	ไม่เคย ทำเลย	บางครั้ง (1-3วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (4-6วัน/ สัปดาห์)	สม่ำเสมอ ทุกวัน		
9. ลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ เหล้า สุรา ไวน์) (HB9)	342 (86.6)	27 (6.8)	6 (1.5)	20 (5.1)	3.71	.804
10. ลดสูบบุหรี่/ยาเส้น (HB10)	243 (61.5)	12 (3.0)	16 (4.1)	124 (31.4)	3.51	.717

ผลการจำแนกระดับการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.1 ระดับดี ร้อยละ 27.9 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 2.0 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 : จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพ (n=395)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80)	110	27.9
ระดับปานกลาง (มีคะแนนร้อยละ 60-79)	277	70.1
ระดับควรปรับปรุง (มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	8	2.0
Mean= 29.91 SD= 3.433		

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร (bivariate) ตัวเลขแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) กำหนดเกณฑ์การแปลค่าระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ r มีค่า 0.60 ขึ้นไป แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูง r มีค่า 0.40-0.59 แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และ r มีค่าต่ำกว่า 0.39 แสดงว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างต่ำ มีดังนี้

4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม (HL_total) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (HB_total) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีระดับความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .505$)



4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพพรายทักษะกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพพรายทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เรียงลำดับจากน้อยไปมากได้ดังนี้ ทักษะการไต่ถาม (HL_QU) $r=.372$ ทักษะการเข้าถึง (HL_AC) $r=.379$ ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ (HL_UN) $r=.380$ ทักษะการตัดสินใจ (HL_DM) $r=.397$ และทักษะการนำไปใช้ (HL_AP) $r=.431$ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 : ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
($n=395$)

		Correlations						
		HL_AC	HL_UN	HL_QU	HL_DM	HL_AP	HLTOTAL	BHTOTAL
HL_AC	Pearson Correlation	1	.572**	.373**	.381**	.346**	.728**	.379**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	395	395	395	395	395	395	395
HL_UN	Pearson Correlation	.572**	1	.586**	.601**	.410**	.813**	.380**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	395	395	395	395	395	395	395
HL_QU	Pearson Correlation	.373**	.586**	1	.649**	.454**	.796**	.372**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	395	395	395	395	395	395	395
HL_DM	Pearson Correlation	.381**	.601**	.649**	1	.640**	.822**	.397**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	395	395	395	395	395	395	395
HL_AP	Pearson Correlation	.346**	.410**	.454**	.640**	1	.708**	.431**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	395	395	395	395	395	395	395
HLTOTAL	Pearson Correlation	.728**	.813**	.796**	.822**	.708**	1	.505**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	395	395	395	395	395	395	395
BHTOTAL	Pearson Correlation	.379**	.380**	.372**	.397**	.431**	.505**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	395	395	395	395	395	395	395

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพพรายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL_total) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง (HB1) ($r=.395$, $p=.000$) กินผักและผลไม้ที่สด สะอาด มากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อวัน (HB2) ($r=.119$, $p=.000$) ออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจนมีเหงื่อออก (HB3) ($r=.279$, $p=.000$) ลดอาหารที่มีไขมันสูง (HB4) ($r=.274$, $p=.000$)

นอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ (HB5) ($r=.267, p=.000$) ลดอาหารเค็ม/ลดการเติมน้ำปลาเพิ่ม (HB6) ($r=.308, p=.000$) ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร (HB7) ($r=.245, p=.000$) ลดการแสดงความรุนแรงเมื่อมีภาวะเครียด (HB8) ($r=.220, p=.000$) และลดสูบบุหรี่/ยาเส้น (HB10) ($r=.111, p=.027$) ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL_total) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (HB9) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.060, p=.234$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 : ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ($n=395$)

ตัวแปร	HB1	HB2	HB3	HB4	HB5	HB6	HB7	HB8	HB9	HB10
HL_AC	.196**	.122**	.288**	.292**	.165**	.207**	.176**	.177**	.100*	.159**
HL_UN	.244**	.271**	.256**	.221**	.187**	.191**	.213**	.185**	.033	.122*
HL_QU	.358**	.232**	.170**	.191**	.242**	.243**	.231**	.102*	.057	.025
HL_DM	.354**	.194**	.155**	.172**	.223**	.276**	.175**	.156**	.035	.032
HL_AP	.403**	.202**	.190**	.151**	.219**	.285**	.142**	.247**	.020	.079
HL_total	.395**	.119*	.279**	.274**	.267**	.308**	.245**	.220**	.060	.111*
Mean	1.91	2.56	3.12	3.29	2.97	2.39	3.55	2.90	3.71	3.51
SD	.810	.965	.867	.762	.574	.726	.613	.885	.804	.717

4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายทักษะกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

ทักษะการเข้าถึง (HL_AC) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง (HB1) ($r=.196, p=.000$) กินผักและผลไม้ที่สดสะอาดมากกว่าครั้งกิโลกั่มต่อวัน (HB2) ($r=.122, p=.000$) ออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจนมีเหงื่อออก (HB3) ($r=.288, p=.000$) ลดอาหารที่มีไขมันสูง (HB4) ($r=.292, p=.000$) นอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ (HB5) ($r=.165, p=.000$) ลดอาหารเค็ม/ลดการเติมน้ำปลาเพิ่ม (HB6) ($r=.207, p=.000$) ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร (HB7) ($r=.176, p=.000$) ลดการแสดงความรุนแรงเมื่อมีภาวะเครียด (HB8) ($r=.177, p=.000$) ลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (HB9) ($r=.100, p=.047$) และลดสูบบุหรี่/ยาเส้น (HB10) ($r=.159, p=.002$)

ทักษะการสร้างความเข้าใจ (HL_UN) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่



ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง (HB1) ($r=.244$, $p=.000$) กินผักและผลไม้ที่สด สะอาดมากกว่าครั้งกิโกรัมต่อวัน (HB2) ($r=.271$, $p=.000$) ออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจนมีเหงื่อออก (HB3) ($r=.256$, $p=.000$) ลดอาหารที่มีไขมันสูง (HB4) ($r=.221$, $p=.000$) นอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ (HB5) ($r=.187$, $p=.000$) ลดอาหารเค็ม/ลดการเติมน้ำปลาเพิ่ม (HB6) ($r=.191$, $p=.000$) ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร (HB7) ($r=.213$, $p=.000$) ลดการแสดงความรุนแรงเมื่อมีภาวะเครียด (HB8) ($r=.185$, $p=.000$) และลดสูบบุหรี่/ยาเส้น (HB10) ($r=.122$, $p=.015$) ทั้งนี้ทักษะการสร้างความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (HB9) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.033$, $p=.511$)

ทักษะการไต่ถาม (HL_QU) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง (HB1) ($r=.358$, $p=.000$) กินผักและผลไม้ที่สด สะอาดมากกว่าครั้งกิโกรัมต่อวัน (HB2) ($r=.232$, $p=.000$) ออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจนมีเหงื่อออก (HB3) ($r=.170$, $p=.000$) ลดอาหารที่มีไขมันสูง (HB4) ($r=.191$, $p=.000$) นอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ (HB5) ($r=.242$, $p=.000$) ลดอาหารเค็ม/ลดการเติมน้ำปลาเพิ่ม (HB6) ($r=.243$, $p=.000$) ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร (HB7) ($r=.231$, $p=.000$) ลดการแสดงความรุนแรงเมื่อมีภาวะเครียด (HB8) ($r=.102$, $p=.000$) ทั้งนี้ ทักษะการไต่ถาม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (HB9) ($r=.057$, $p=.256$) และลดสูบบุหรี่/ยาเส้น (HB10) ($r=.025$, $p=.620$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ทักษะการตัดสินใจ (HL_DM) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง (HB1) ($r=.354$, $p=.000$) กินผักและผลไม้ที่สด สะอาดมากกว่าครั้งกิโกรัมต่อวัน (HB2) ($r=.194$, $p=.000$) ออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจนมีเหงื่อออก (HB3) ($r=.155$, $p=.000$) ลดอาหารที่มีไขมันสูง (HB4) ($r=.172$, $p=.000$) นอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ (HB5) ($r=.223$, $p=.000$) ลดอาหารเค็ม/ลดการเติมน้ำปลาเพิ่ม (HB6) ($r=.276$, $p=.000$) ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร (HB7) ($r=.175$, $p=.000$) ลดการแสดงความรุนแรงเมื่อมีภาวะเครียด (HB8) ($r=.156$, $p=.000$) ทั้งนี้ ทักษะการไต่ถาม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมลดดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (HB9) ($r=.035$, $p=.490$) และลดสูบบุหรี่/ยาเส้น (HB10) ($r=.032$, $p=.529$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ทักษะการนำไปใช้ (HL_AP) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ พฤติกรรมออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง (HB1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.403$, $p=.000$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กินผักและผลไม้ที่สด สะอาด มากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อวัน (HB2) ($r=.202$, $p=.000$) ออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจน มีเหงื่อออก (HB3) ($r=.190$, $p=.000$) ลดอาหารที่มีไขมันสูง (HB4) ($r=.151$, $p=.000$) นอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ (HB5) ($r=.219$, $p=.000$) ลดอาหารเค็ม/ลดการเติมน้ำปลา เพิ่ม (HB6) ($r=.285$, $p=.000$) ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร (HB7) ($r=.142$, $p=.000$) ลดการแสดงความรุนแรงเมื่อมีภาวะเครียด (HB8) ($r=.247$, $p=.000$) ทั้งนี้ ทักษะการไต่ถาม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมลดดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (HB9) ($r=.020$, $p=.686$) และลดสูบบุหรี่/ยาเส้น (HB10) ($r=.079$, $p=.119$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลจากการศึกษา พนักงานกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม อยู่ในระดับพอเพียงและดีเยี่ยม รวมกันร้อยละ 61 ที่เหลืออยู่ในระดับไม่พอเพียงและ ระดับมีปัญหา รวมกันร้อยละ 39 แสดงให้เห็นว่ายังมีพนักงานอีกจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อเพิ่มให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นถึง ระดับพอเพียงขึ้นไปหรือร้อยละ 75 ซึ่งเป็นจุดตัดคะแนน (cut point) ที่สำคัญ สำหรับ ใช้จำแนกบุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศที่รายงานผลการศึกษาว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องไปรับการพัฒนาเพิ่มทักษะที่ จำเป็นให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ ประพันธ์ เข้มแก้ว และนิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์ (2564) ที่ศึกษากลุ่มวัยทำงานในจังหวัด พิษณุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 และมริสสา กองสมบัติสุข และคณะ (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม



การป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า พนักงานมีความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยในระดับพอใช้ ร้อยละ 67.1 นอกจากนี้การศึกษาของ Steinke และคณะ (2021) พบว่า ผู้เข้าอบรมการดูแลสุขภาพทางตอนเหนือของประเทศสาธารณรัฐเยอรมัน จำนวน 1,797 คน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 40 และไม่พอเพียง ร้อยละ 13 ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ทั้งนี้ การวิเคราะห์ผลงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ปาจรา โพรทิง, 2564; กิติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ, 2566) กล่าวคือ อายุน้อยจะมีประสบการณ์และการพัฒนาทักษะอยู่ในระดับต่ำ และเมื่ออายุมากขึ้นจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ด้านสุขภาพหรือทักษะต่าง ๆ ส่วนจะมีทิศทางบวกหรือลบ ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอื่นด้วย เช่น สภาพความเสื่อมทางกาย ความพิการ ความบกพร่องทางจิต เป็นต้น ซึ่งอาจบั่นทอนความสามารถที่เคยมี ทำให้การแสดงทักษะถูกลดทอนความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญลงได้

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของพนักงานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางมากถึงร้อยละ 70.1 ระดับดี ร้อยละ 27.9 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 2.0 ซึ่งให้เห็นว่าการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในเรื่องที่สำคัญยังต้องมีการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องมากขึ้น ได้แก่ ออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง ทำงานออกแรง/เคลื่อนไหวร่างกายจนมีเหงื่อออก ลดกินอาหารรสเค็ม/เติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร ลดอาหารที่มีไขมันสูง กินผักและผลไม้ที่สด สะอาด มากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อวัน ลดการแสดงออกรุนแรงเมื่อเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิด นอนหลับพักผ่อนให้ได้มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ลดสูบบุหรี่/ยาเส้น และลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเมื่อมีอายุมากขึ้น ระดับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประพันธ์ เข้มแก้ว และนิรณิรัตน์ ภักดีวิวัฒน์ (2564) ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานในจังหวัดพิจิตร มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.8 และการศึกษาของมริสสา กองสมบัติสุข และคณะ (2563) ซึ่งพบว่า พนักงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง จำนวน 280 คน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานในระดับพอใช้ ร้อยละ 65.7

3. ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r=.505$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และทักษะที่จำเป็นสำหรับคนไทยทั้ง 5 ทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเรียงลำดับจากน้อยไปมาก ได้แก่ ทักษะการไต่ถาม ($r=.372$) ทักษะการเข้าถึง ($r=.379$) ทักษะการสร้างใจ ($r=.380$) ทักษะการตัดสินใจ ($r=.397$) และทักษะการนำไปใช้ ($r=.431$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าจำเป็นต้องเพิ่มการฝึกทักษะการไต่ถาม และทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่มีความถูกต้องน่าเชื่อถือ เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่สร้างการจดจำได้ดี และมีความเข้าใจอย่างแท้จริง ทำให้การตัดสินใจมีความเป็นเหตุเป็นผลมีระบบคิดที่ดีนำไปสู่การปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของปาจราโพธิ์ (2564) ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (30.2%) และการป้องกันโรค โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสะท้อนให้เห็นความสามารถในการใช้ข้อมูลข่าวสารและการตัดสินใจ ซึ่งส่งผลต่อการมีแบบแผนการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันทำให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพดี และกิตติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2566) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งประพันธ์ เข้มแก้ว และนิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์ (2564) ศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้านของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล นอกจากนี้ มริสสา กองสมบัติสุข และคณะ (2563) ศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม สอดคล้องกับวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย การนอนพักผ่อน การบริโภคเพื่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตัวเอง (Cunningham et al., 2014; Liu et al., 2015; Liu et al., 2021) และงานวิจัยของ Steinke และคณะ (2021) ซึ่งศึกษาผู้เข้าอบรมการดูแลสุขภาพทางตอนเหนือของ



ประเทศสาธารณรัฐเยอรมัน พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 40 และไม่พอเพียง ร้อยละ 13 โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 50 มีพฤติกรรมควบคุมอาหารที่ไม่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาของ Sato และคณะ (2021) ที่ศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตัวในชีวิตการทำงานของพยาบาลรุ่นเยาว์และผู้ดูแลสุขภาพชาวญี่ปุ่นจำนวน 500 คน พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การจัดการความสมดุล การรู้จักผ่อนคลาย การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ Ferrer & Mendes (2017) ได้สังเคราะห์ผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการตัดสินใจกับพฤติกรรมสุขภาพ และ Berkman และคณะ (2011) ได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่พอเพียง โดยเฉพาะทักษะการอ่าน/แปลความจากฉลากยา และการใช้ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลจากการศึกษา มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ ควรมุ่งพัฒนาความสามารถหรือทักษะที่จำเป็น ซึ่งพบว่าพนักงานจำนวนมากยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่พอเพียง เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดผลดีในระยะยาว โดยมุ่งเน้นสร้างเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง ลดกินอาหารรสเค็ม/เติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร กินผักและผลไม้ที่สด สะอาด มากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อวัน ลดการแสดงออกรุนแรงเมื่อเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิด นอนหลับพักผ่อนได้มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ทำงานออกแรง/เคลื่อนไหว ร่างกายจนมีเหงื่อออก ลดกินอาหารที่มีไขมันสูง ลดสูบบุหรี่/ยาเส้น ลดกินอาหารรสหวานจัด/เติมน้ำตาลเพิ่มในอาหาร และลดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังคุกคามสุขภาพและบั่นทอนประสิทธิภาพการทำงานของผู้ใช้แรงงานจำนวนมาก

2. การสร้างเสริมสุขภาพให้กับพนักงานในสถานประกอบการ ควรมุ่งเพิ่มระดับทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงกระบวนการมากกว่าการให้เฉพาะความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเท่านั้น โดยพัฒนาทักษะที่จำเป็นตามสภาพปัญหาที่พบจากการศึกษา ได้แก่

ทักษะการไต่ถาม ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ ตามลำดับ โดยต้องปรับรูปแบบจากกิจกรรมให้ความรู้มาเน้น การสร้างประสบการณ์ตรงด้วยกิจกรรมฝึกฝนทักษะที่จำเป็นให้กับพนักงานกลุ่มเป้าหมาย

3. สถานประกอบการควรมีการจัดกระบวนการสร้างเสริมองค์กรสุขภาวะด้วย แนวคิดการเพิ่มทักษะที่จำเป็นตามหลักการความรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย เพื่อให้พนักงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจนเป็นอุปนิสัย นำไปสู่การมี สุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป ควรนำผลจากการวิจัยและข้อมูลความรู้ที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ไป พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบตามกระบวนการและ เลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม เป้าหมายเกิดประสิทธิผลตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์ เรือนเพชร ยุวดี งอมสงัด นิภา สุทธิพันธ์ ปิยะอร รุ่งชนเกียรติ ปณณทัต บณขุนทด และเมธา พันธุ์รัมย์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 479-492.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ปี พ.ศ.2563*. สำนักสื่อสารความเสี่ยง และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564,17 มีนาคม). *ความรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน* (พิมพ์ครั้งที่ 7). โอที ออล ดิจิตอล พรินท์.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร ชุณหโสภาค. (2564). การพัฒนาและทดสอบแบบ ประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากร สาธารณสุข. *วารสารร่มพญักษ์*, 35(2), 193-220.
- ประพันธ์ เข้มแก้ว และนิกรณรัตน์ ภักดีวิวัฒน์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 2(2), 32-42.



- ปาจรา โพธิ์หัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่าง
เป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 116-130.
- มริสสา กองสมบัติสุข ฌาน ปัทมะ พลอย และดวงเดือน ฤทธิเดช. (2563). ความรอบรู้
สุขภาพด้านอาหารอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บ
จากการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารการแพทย์และ
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 3(2), 112-120.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564, 24 ธันวาคม).
Thaihealth Watch 2021. จัปตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2564. [https://
www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/img/thaihealthwatch/
thaihealthwatch2021.pdf](https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/img/thaihealthwatch/thaihealthwatch2021.pdf).
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. & Crotty, K.
(2011). Low health literacy and health outcomes: an updated
systematic review. *Ann Intern Med*, 155(2), 97-107.
- Cunningham, C.T., Sykes, L.L., Metcalfe, A., Cheng, A., Riaz, M., Lin, K.,
Schorr, E., Campbell, N.R. C. & Quan, H. (2014). Ethnicity and health
literacy: a survey on hypertension knowledge among Canadian
ethnic populations. *Ethnicity & disease*, 24(3), 276-282.
- Duong, V.T., Aringazina, A., Baisunova, G., Nurjanah, Pham, V.T., Pham,
M.K., Truong, Q.T., Nguyen, T.K., Oo, M.W., Mohamad, E. , Su, T.T,
Huang, L.h., Sørensen, K., Pelikan, M.J., Broucke, D.V.S, Chang, W.P.
(2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-
EU-Q47 Survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*,
27(2), 80-86.
- Ferrer R.A. & Mendes, W.B., (2017). Emotion, health decision making, and
health behaviour. *Psychology & Health*, 33(1), 1-16.
- 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.

- Liu, K., Yuan, H.Y., Shen, S.S., Liu, J., Wang, X.Y., Chen, C., Zhong, X.M. (2021). Relationship between health literacy and health-related behaviors of enterprise employees. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 39(3), 193-197.
- Montano D, Hoven H, Siegrist J. (2014). Effects of organizational-level intervention at work on employees' health: a systematic review. *BMC Public Health* 2014, 14(135), 4-9.
- Nielson K. (2013). How can we make organizational interventions work? Employees and line managers crafting interventions. *Human Relat*, 66(8), 1029-50.
- Rudolf, K., Biallas, B., Dejonghe, L.A. L., Grieben , C., Rückel, L., Schaller A. , Stassen, G., Pfaff, H., Froböse, I. (2019). Influence of Health Literacy on the Physical Activity of Working Adults: A Cross-Sectional Analysis of the TRISEARCHTrial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4948), 369-387.
- Sato, S., Iwakiri, K., Matsuo, T., & Sasaki, T. (2021). Impact of health literacy on health practices in the working life of young Japanese nurses and care workers. *Industrial Health*, 59(3), 171-179.
- Sorensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J, Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Steinke, S., Koch, P., Lietz, J., Schillmöller, Z., Nienhaus, A. (2021). Health Literacy, Health Behavior and States of Health among Trainee Personnel in Northern Germany. *Healthcare (Basel)*, 9(6), 757.
- World Health Organization. (2016, November 24). *Shanghai Declaration*. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/en/>.