ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ณัฐปภัสร์ เจียรภักษ์ดี*, วิญญา สุมาวัน**[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้านในตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 330 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 1น. ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (*M* = 3.09, *SD* = 1.02) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการสื่อสาร (*M* = 3.41) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ (*M* = 3.32) และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (*M* = 3.31) พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (*M* = 2.07, *SD* = 1.07) โดยพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพฟันมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 3.49) รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่ (*M* = 3.32) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (*M* = 3.31) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการเข้าใจข้อมูล ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ ด้านการประเมินข้อมูล และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< 0.01) โดยด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงที่สุด (r = 0.65)

การนำไปใช้ประโยชน์ หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนรอบด้านอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, สุขภาพ

* วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

*[1] Corresponding author, email: winya.su@ptu.ac.th, Tel. 0655691974

Received : October 30, 2025; **Revised** : July 20, 2026; **Accepted** : July 22, 2026

The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Residents in Lahan Subdistrict, Bang Bua Thong District, Nonthaburi Province

Natpaphat Jearapakdee*, Winya Sumawan**[1]

Abstract

This study employed a descriptive correlational research design to examine the relationship between health literacy and health behaviors among residents of Lahan Subdistrict, Bang Bua Thong District, Nonthaburi Province, Thailand. The sample consisted of 330 individuals aged 30 years and older who were registered residents in the study area. The sample size was determined using Daniel's formula, and simple random sampling was applied. The research instrument was a structured questionnaire comprising three parts: demographic characteristics, health literacy, and health behaviors based on the 3E2S1F1N framework. The instrument demonstrated good content validity (CVI = 0.89) and acceptable reliability (Cronbach's alpha = 0.78). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics using Pearson's correlation coefficient. The results revealed that the overall level of health literacy was at a very high level (*M* = 3.09, *SD* = 1.02). The highest mean score was observed in communication skills (*M* = 3.41), followed by decision-making (*M* = 3.32) and access to health information and services (*M*= 3.31). In contrast, overall health behaviors were at a moderate level (*M* = 2.07, *SD* = 1.07). The highest mean score was found in oral health care behavior (*M* = 3.49), followed by non-smoking behavior (*M* = 3.32) and dietary behavior (*M* = 3.31). Pearson's correlation analysis indicated that all dimensions of health literacy including access, understanding, communication, decision-making, evaluation, and application were positively and significantly associated with health behaviors (P< 0.01). Among these, understanding of health information showed the strongest correlation (r = 0.65).

These findings suggest that enhancing health literacy, along with creating supportive environments, is essential for improving health behaviors and promoting sustainable health outcomes among community residents.

Keywords: Health literacy, Health behavior, Health

* Senior Professional Academic (Specialist), Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi Province

** Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University

*[1] Corresponding author, email: winya.su@ptu.ac.th, Tel. 0655691974

Received : October 30, 2025; **Revised** : July 20, 2026; **Accepted** : July 22, 2026

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

สุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ และเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาประเทศในทุกมิติ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของครอบครัว ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 43 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและเบาหวานเป็นสาเหตุหลัก (World Health Organization [WHO], 2024) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ระบุว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ และการบริโภคอาหารไม่เหมาสม โดยประชาชนไทย ไม่ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ร้อยละ 40 บริโภคอาหารที่มีรสจัดหรือหวานจัด ร้อยละ 30 สูบบุหรี่ ร้อยละ 19 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30 พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้สะท้องถึงความจำเป็นในการส่งเสริมซึ่งล้วนสามารถป้องกันได้หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส 1ฟ 1น ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากอาหารเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะโภชนาการและโรคเรื้อรัง การออกกำลังกาย ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และอารมณ์ มีผลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตส่วน ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเรื้อรังและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ขณะที่ ฟันดี สะท้อนถึงการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งมีความเชื่อมโยงกับสุขภาพโดยรวม และการนอนหลับเพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสมดุลของร่างกายและจิตใจ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แนะนำไว้เป็นแนวทางปฏิบัติ รวมถึงการขับเคลื่อนผ่านกระบวนการสุขศึกษาในรูปแบบ “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2 ส. อยู่ในระดับดี และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (พัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ, 2565) และงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม (ประไพพิศ สิงหเสมและคณะ, 2562)

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเป็นผลมาจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีจำนวนมากและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนจำเป็นต้องมีทักษะในการคัดกรอง วิเคราะห์ และเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย หากประชาชนขาดความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของประชาชน คือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจอย่าง

เหมาะสม เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว (World Health Organization [WHO], 2018) โดยความรอบรู้ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอจะช่วยให้ประชาชนสามารถเลือกรับข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เข้าใจแนวทางการป้องกันโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเองได้ ในทางตรงกันข้าม หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มักนำไปสู่ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น การเชื่อข้อมูลสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์โดยไม่ตรวจสอบข้อเท็จจริง การใช้ยาด้วยตนเองโดยปราศจากคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือการละเลยการตรวจสุขภาพประจำปี พฤติกรรมดังกล่าวไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ยังส่งผลให้ภาครัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่สูงขึ้นในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ บุญมั่น (2566) ในกลุ่มประชาชนทั่วไปจังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยงานวิจัยระบุว่าการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันที่ดีขึ้น

พื้นที่ตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่ชานเมืองที่มีการขยายตัวของชุมชนอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดความหลากหลายทางเศรษฐกิจและสังคม ประชาชนประกอบด้วยหลายกลุ่มวัย ทั้งวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และแรงงานจากพื้นที่อื่น ซึ่งแต่ละกลุ่มมีลักษณะการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี (2566) พบว่า อำเภอบางบัวทองมีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 มีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 27 และโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ ยังพบว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในสัดส่วนร้อยละ 45 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรังในระยะยาว ประชาชนในพื้นที่บางส่วนยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารรสจัด การละเลยการตรวจสุขภาพประจำปี และการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกวิธี ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน ดังนั้นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในตำบลละหาร มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากจะเป็นข้อมูลระดับความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้ข้อมูลสุขภาพของประชาชน ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถใช้วางแผนและพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น โครงการอบรมความรู้ด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นผู้นำในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องในระดับครัวเรือน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังจะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขในท้องถิ่น อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาร และองค์การบริหารส่วนตำบลละหาร ในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของประชาชน ตลอดจนเป็นข้อมูลเชิง

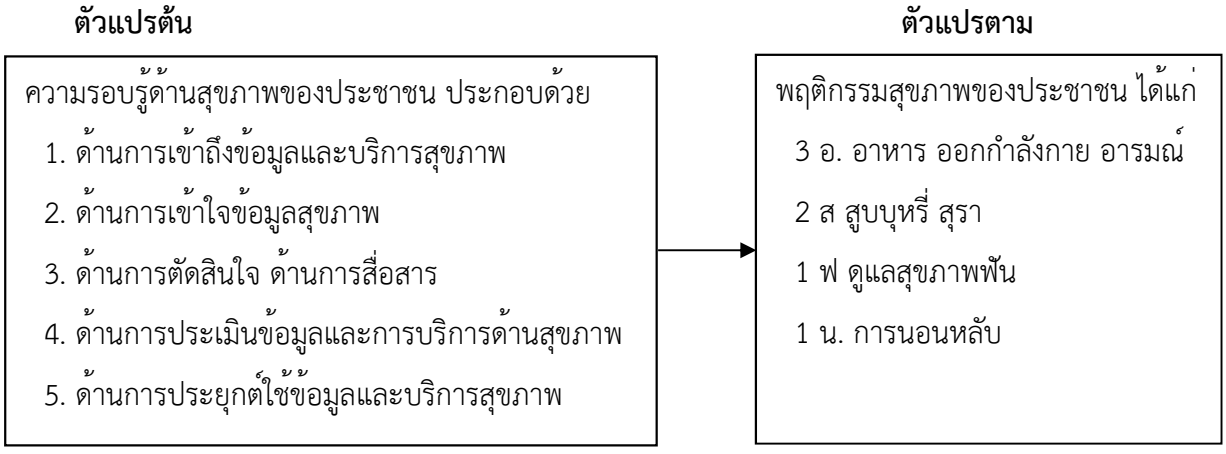
ประจักษ์ที่สามารถใช้ประกอบการวางนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับจังหวัดและระดับประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เหมาะสม ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนตำบลละหารให้มีสุขภาวะที่ดี และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2021)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ซึ่งเป็นทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมและจัดการสุขภาพของตนเองได้ และประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2565) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านการตัดสินใจ ด้านการสื่อสาร 4) ด้านการประเมินข้อมูลและการบริการด้านสุขภาพ และ 5) ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งคาดว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี มีระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้านในตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 2,305 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้านในตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 330 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เลือกใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Daniel (2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2\ P(1-P)}{(N-1)d^2 + z^2\alpha/2\ P(1-P)}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากรที่ใช้คำนวณวิจัย 2,305

$Z^2\alpha/2$ คือ ค่ามาตรฐานภายใต้เส้นโค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากร เท่ากับ 0.49 (พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง (48.6%) ชุลีลักษณ์ หนูเสน, 2564)

d คือ ค่าความคาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้กำหนดเท่ากับ 0.05

จากสูตรข้างต้นนำมาใช้ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยในการศึกษาครั้งนี้มีประชากร จำนวน 2,305 คน สามารถนำมาแทนค่าลงในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{(2305)\ (1.96)2(0.49)(1\text{-}0.49)}{(2305\text{-}1)\ (0.05)2 + (1.96)2(0.49)(1\text{-}0.49)}$$

$$= \frac{(2305)(3.84)(0.49)(0.51)}{(2305)(0.0025) + (3.84)(0.49)(0.51)}$$

$$= \frac{2{,}211.91488}{(5.7525) + (0.95962)}$$

$$= \frac{2{,}211.91488}{6.71212}$$

= 330 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ผ่านการจับสลากรายชื่อ โดยการจัดทำรายชื่อประชากรที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด กำหนดหมายเลขกำกับแต่ละรายชื่อ ใช้วิธีจับสลากสุ่มตัวเลขเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ประชาชนอายุ 30 ปีขึ้นไป สัญญาชาติไทย ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี สามารถสื่อความหมายได้อย่างเข้าใจ และอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดย

สมัครใจและให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม เกณฑ์คัดออกประชาชนไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลหรือมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้หรือตอบคำถามไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2565) ร่วมกับการทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยดัดแปลงและปรับเปลี่ยนเนื้อหาตามความเหมาะสมจากเครื่องมือเดิม ของคู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีแบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ด้านการสื่อสาร จำนวน 2 ข้อ ด้านการตัดสินใจ จำนวน 1 ข้อ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ

การแปลผล

ดีมาก	ให้	4 คะแนน
ดี	ให้	3 คะแนน
พอใช้	ให้	2 คะแนน
ไม่ดี	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลสามารถจัดได้ดังนี้ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ	แปลผล
ได้ 1.0-2.0 คะแนน	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
ได้ 2.01-3.00 คะแนน	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
ได้ 3.01-4.00 คะแนน	ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. 1ฟ. 1 น. จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร จำนวน 6 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 1 ข้อ การสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ การดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ข้อ การดูแลสุขภาพฟัน จำนวน 2 ข้อ การนอนหลับ จำนวน 1 ข้อ โดยจะวัดทั้งทางบวกและทางลบ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกคำตอบได้เพียงคำตอบเดียว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ

การแปลผล

ดีมาก	ให้	4 คะแนน
ดี	ให้	3 คะแนน
พอใช้	ให้	2 คะแนน
ไม่ดี	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลสามารถจัดได้ดังนี้ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ	แปลผล
ได้ 1.0-2.0 คะแนน	ไม่ดี	มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง
ได้ 2.01-3.00 คะแนน	พอใช้	มีพฤติกรรมสุขภาพ ได้ถูกต้อง
ได้ 3.01-4.00 คะแนน	ดี	มีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านเภสัชกรรมและด้านทันตสาธารณสุข มีค่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.89 และการตรวจสอบความเชื่อมัน (Reliability) โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับประชาชนตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการขอจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP 2567 - 048 ลงวันที่ 18 กันยายน 2567 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ด้านจริยธรรมของผู้ที่ยินยอมให้ทำการวิจัย โดยยินยอมตนจะได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน ประโยชน์ของงานวิจัย ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและไม่สามารถอ้างอิงไปถึงตัวผู้ที่ยินยอมตนให้ทำการวิจัยได้ การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ ทั้งสิ้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ศึกษาวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจ้งกับผู้ช่วยเก็บข้อมูล จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่ และชี้แจงแบบสอบถามให้ทราบโดยละเอียดเพื่อปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ในช่วงวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2567 จำนวน 330 คน เมื่อเก็บแบบสอบถามเสร็จในแต่ละชุด จะมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ ผลลัพธ์พฤติกรรมสุขภาพ

ตามหลัก อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การแปรงฟัน การนอนหลับ (3อ 2ส 1ฟ 1น) ใช้สถิติเชิงอนุมาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)

ผลการวิจัย

ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60.30 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.70 และมีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี ร้อยละ 28.0 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 40–49 ปี ร้อยละ 20.0 และมีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี ร้อยละ 18.86 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 48 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.10 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 15.10 อาชีพหลักคือ รับจ้าง ร้อยละ 33.10 รองลงมาคือ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 28.30 และค้าขายคือ ร้อยละ 16.57 รายได้ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 16.30 รองลงมา มีรายได้ 10,000 บาท ร้อยละ 10.30 และมีรายได้ 15,000 บาท ร้อยละ 8.90 แสดงถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 70.60 มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.70 เบาหวาน ร้อยละ 23.70 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 3.10 ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คือเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.27 (*SD* = 1.02) เมื่อพิจารณารายด้านส่วนใหญ่ที่มีค่าเฉลี่ยมากสุด คือ ด้านการสื่อสาร โดยมีค่าเฉลี่ย 3.41 (*SD* = 0.93) รองลงมาคือ ด้านการตัดสินใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.32 (*SD* = 1.04) และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.31 (*SD* = 1.02) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแสดงระดับความรอบรู้ของประชาชนตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี (n=330)

องค์ประกอบความรอบรู้	*M*	*SD*	ระดับความรอบรู้			
			ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.31	1.02	24 (6.90%)	71 (20.30%)	27 (7.70%)	228 (65.10%)
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	3.27	1.03	25 (7.10%)	77 (22%)	28 (8%)	220 (62.90%)
ด้านการสื่อสาร	3.41	0.93	14 (4%)	68 (19.40%)	28 (8%)	240 (68.60%)
ด้านการตัดสินใจ	3.32	1.04	22 (6.30%)	84 (24%)	3 (0.90%)	241 (68.90%)
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	3.24	1.04	22 (6.30%)	90 (25.70%)	19 (5.40%)	219 (62.60%)
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.06	1.08	32 (9.10%)	99 (28.30%)	36 (10.30%)	183 (52.30%)
สรุปคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.27	1.02	27 (7.71%)	87 (24.85%)	65 (18.57%)	171 (48.85%)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพ ได้ถูกต้องแต่ยังไม่สม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.93 (*SD* = 1.07) เมื่อพิจารณารายด้านส่วนใหญ่ที่มีค่าเฉลี่ยมากสุด คือ พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพฟัน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.49 (*SD* = 1.07) รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.32 (*SD* = 1.20) และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยมีค่าเฉลี่ย 3.31 (*SD* = 1.02) ตามลำดับ ส่วนลำดับที่มีค่าเฉลี่ยน้อย 2 ลำดับสุดท้าย คือ พฤติกรรมด้านการไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.89 (*SD* = 1.24) และพฤติกรรมด้านการนอนหลับ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.09 (*SD* = 1.26) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การแสดงระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี (n=330)

องค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ	*M*	*SD*	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ			
			ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.31	1.02	90 (25.70%)	67 (19.10%)	109 (31.10%)	84 (24%)
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	3.27	1.03	186 (53.10%)	27 (7.70%)	18 (5.10%)	119 (34%)
พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด	2.20	1.38	63 (18%)	23 (6.60%)	2 (0.60%)	262 (74.90%)
พฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่	3.32	1.20	69 (19.70%)	84 (24%)	12 (3.40%)	185 (52.90%)
พฤติกรรมด้านการไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.89	1.24	45 (12.90%)	20 (5.70%)	4 (1.10%)	281 (80.30%)
พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพฟัน	3.49	1.07	175 (50%)	55 (15.70%)	34 (9.70%)	86 (24.60%)
พฤติกรรมด้านการนอนหลับ	2.09	1.26	200 (57.10%)	46 (13.10%)	53 (15.10%)	51 (14.60%)
สรุปภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ	2.93	1.07	134 (38.30%)	111 (31.70%)	50 (14.30%)	55 (15.70%)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าความรอบรู้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.01) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การแสดงความรอบรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.31	0.00	มีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวก
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.65	0.00	มีความสัมพันธ์สูงทางบวก
ด้านการสื่อสาร	0.25	0.00	มีความสัมพันธ์ต่ำทางบวก
ด้านการตัดสินใจ	0.31	0.00	มีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวก
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	0.25	0.00	มีความสัมพันธ์ต่ำทางบวก
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.45	0.00	มีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวก

ค่า p-value < 0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตำบลละหาร อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ลักษณะประชากร

ด้านเพศส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60.30 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.70 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้หญิงมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมากกว่าผู้ชาย รวมทั้งให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า เพศหญิงมักมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี

ด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60–69 ปี ร้อยละ 28.00 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 40–49 ปี ร้อยละ 20.00 และมีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี ร้อยละ 18.86 ตามลำดับ สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยกลางคนถึงสูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพที่สะสมมาเป็นระยะเวลานาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2015) ในทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ที่อธิบายว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ มีผลต่อการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล

ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 48.00 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.10 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 15.10 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาไม่สูงมาก แต่อย่างไรก็ตามยังสามารถมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี เป็นผลจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสื่อสาธารณะสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับ

ระดับการศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับทักษะการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารและการตัดสินใจด้านสุขภาพ

ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่คือ รับจ้าง ร้อยละ 33.10 รองลงมาคือ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 28.30 และค้าขายคือ ร้อยละ 16.57 ตามลำดับ แสดงถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Daniel (2008) พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ด้านโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.60 โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.70 เบาหวาน ร้อยละ 23.70 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 3.10 ตามลำดับ ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชากรไทยปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภค การขาดการออกกำลังกาย และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับรายงานของ WHO (2024) ที่ระบุว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลกและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยตรง

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (M = 3.27) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ในระดับที่ดี โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและการตัดสินใจ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะช่วยให้บุคคลสามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของชุลีลักษณ์ หนูเสน (2564) ที่พบว่าประชาชนที่ได้รับการส่งเสริมสุขศึกษาในชุมชนจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าภาพรวมจะอยู่ในระดับดีมาก แต่ยังพบว่ามีประชาชนบางส่วนอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านการศึกษา อายุที่มากขึ้น หรือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 2.93 (SD = 1.07) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้ประชาชนจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี แต่ยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ WHO (2018) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนอื่น เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม และแรงจูงใจ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sørensen et al. (2012) ที่พบว่าแม้บุคคลจะมีความรู้ด้านสุขภาพ แต่พฤติกรรมสุขภาพยังขึ้นอยู่กับบริบทชีวิต เช่น เวลาในการทำงาน ความเครียด และสภาพแวดล้อมทางสังคม ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษานี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยบางส่วน ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงมักสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างชัดเจน เช่น การศึกษาของ Berkman et al. (2011) ที่รายงานว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่า ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้ว่า พื้นที่ตำบลละหารเป็นพื้นที่กึ่งเมืองที่มีวิถีชีวิตเร่งรีบ ประชาชนวัยทำงานอาจไม่มีเวลาออกกำลังกาย หรือยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม แม้

จะมีความรู้ด้านสุขภาพแล้วก็ตาม ในขณะที่พฤติกรรมด้านการไม่ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีค่าเฉลี่ย 2.89 (*SD* = 1.24) สะท้อนว่ายังมีประชาชนบางส่วนมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งเกี่ยวข้องกับค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม และการเข้าสังคมในชุมชนสอดคล้องกับ WHO (2018) ที่ระบุว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนพฤติกรรมด้านการนอนหลับมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.09 (*SD* = 1.26) แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ไม่เหมาะสม เนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น ภาระงาน ความเครียด ปัญหาสุขภาพ และโรคประจำตัว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาการนอนหลับมากกว่าวัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lu at al. (2020) พบว่าระยะเวลาการนอนที่ไม่เหมาะสม ทั้งการนอนน้อยเกินไปและมากเกินไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ทุกด้าน แสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้มาจากบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (r = 0.65) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) และการศึกษาของ Sørensen et al (2012) ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และช่วยให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ด้านการสื่อสารและด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ คือ ด้านการสื่อสาร (r = 0.25) และด้านการประเมินข้อมูล (r = 0.25) แสดงให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะสามารถสื่อสารหรือรับข้อมูลได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับข้อจำกัด ด้านอายุ ระดับการศึกษา และปัจจัยทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ Berkman et al. (2011) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับหนึ่ง แต่ไม่ใช่ปัจจัยเดียว ยังต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยทางเศรษฐกิจ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และนโยบายสาธารณะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษา

1.1 ควรจัดทำหลักสูตรหรือกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในชีวิตประจำวัน เนื่องจากความรอบรู้สองด้านนี้มีค่าน้อยที่สุด

1.2 ควรส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการจัดการความเครียด เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในระดับดี

2. ด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข

2.1 ควรส่งเสริมกิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขอนามัยด้านการนอน การลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่มีค่าน้อยที่สุด

2.2 ควรจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากขาดความสม่ำเสมอ

3. ด้านข้อเสนอเชิงนโยบาย

3.1 หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำโครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับตำบล โดยบูรณาการกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.2 กำหนดนโยบายสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น พื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน การจัดตลาดอาหารสุขภาพราคาย่อมเยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเชิงลึกเพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่น ความเชื่อทัศนคติ หรือแรงจูงใจ

2. ควรศึกษากลุ่มประชากรอื่น ๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อเปรียบเทียบและพัฒนานโยบายสุขภาพเชิงพื้นที่อย่างครอบคลุม

.....

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *คู่มือการดำเนินงานสุขศึกษาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.* โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.

ชุลีลักษณ์ หนูเสน. (2564). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยนวัตกรรมด้านสุขภาพและการพัฒนา, 2*(3), 131-145.

ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนีอุตรดิตถ์, 11*(1), 37-51. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/172472

พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จุ้ย, สัญญา สุขขำ, และเพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, 4*(1), 84-93. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/256722/174708

ทรรศนีย์ บุญมั่น (2566). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 4*(1), 137–152. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1229

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย.* https://resource.thaihealth.or.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. (2566). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดนนทบุรี ปีงบประมาณ 2566*. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2567). *สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร.* https://stat.bora.dopa.go.th

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. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97–107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

Daniel C. Mays. (2008). Supporting and reataining viallage health teams: An assessment of acommunity health worker program in two Ugadan dirticts. *International Journal for Equity in Health 16,* 129.

Lu, C., Liao, B., Nie, J., Wang, W., & Wang, Y. (2020). The association between sleep duration and chronic diseases: A population-based cross-sectional study. *Sleep Medicine, 73*, 217–222. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.005

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.

Sørensen, K., Van den 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. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

World Health Organization. (2018). *Health literacy: The solid facts*. https://www.who.int/europe/publications/i/item/health-literacy-the-solid-facts (who.int in Bing)

World Health Organization. (2018). *Health literacy: The solid facts.* https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148062/e96854.pdf

World Health Organization. (2024). *Noncommunicable diseases*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

World Health Organization. (2021). *Sustainable development goals: Health targets*. World Health Organization.