



ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพของนิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อิสรา จูมมาลี

Received: April 13, 2020

Revised: April 3, 2020

Accepted: May 29, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตเภสัชศาสตร์จำนวน 242 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า 1) นิสิตเภสัชศาสตร์

มีความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง และ 2) ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.531$, $p<0.01$)

คำสำคัญ:

ความฉลาดทางสุขภาพ / พฤติกรรมสุขภาพ / นิสิตเภสัชศาสตร์

ผู้รับผิดชอบบทความ : อิสรา จูมมาลี หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
e-mail: itsara.c@msu.ac.th

* ประ.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Relationship between Health Literacy and Health Behaviors of Pharmacy Students, Mahasarakham University

Issara Chummalee

Abstract

This research aimed to investigate the level of health literacy (HL), health behaviors and the relationship between HL and health behaviors. The sample was composed of 242 pharmacy students, Mahasarakham University. Data were collected using questionnaires of health literacy and health behaviors. The data analysis includes frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient. The study revealed that pharmacy students had a

moderate level of HL and health behaviors. The relationship between HL and health behaviors was moderately positive with statistic significant ($r = 0.531$, $p < 0.01$).

Keywords:

Health literacy/ health behaviors/ pharmacy students

Corresponding author: Issara Chummalee, Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University
email: itsara.c@msu.ac.th

*Ph.D. (Applied Behavioral Science Research), Assistant Professor, Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University



1. บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ได้นำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนาที่ยั่งยืน และเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ดังนั้น ทุกภาคส่วนจึงต้องเตรียมความพร้อมในด้านกำลังคนในทุกช่วงวัยให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ มีทั้งความรู้ควบคู่คุณธรรม และมีการพัฒนาตนเองให้สอดคล้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญคือการสร้างคนให้มีความรอบรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพ และมุ่งหวังให้ทุกคนมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การพัฒนากำลังคนของประเทศไทยให้มีคุณภาพนั้น ได้มีการกำหนดประเด็นเรื่องของความฉลาดทางสุขภาพในการขับเคลื่อนในทุกภาคส่วนของสังคมไทย รวมทั้งระบบการศึกษาและระบบการสาธารณสุข ทั้งนี้ คำว่า “Health literacy” มีการใช้ในภาษาไทยหลายคำ เช่น ความฉลาดทางสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรู้แจ้งแตกฉานทางสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในบริบทและความหมายเดียวกัน สำหรับงานวิจัยฉบับนี้จะใช้คำว่า “**ความฉลาดทางสุขภาพ**” เป็นหลัก

องค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวคิดเรื่องความฉลาดทางสุขภาพ และให้ความหมายไว้ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศที่ได้รับมาในการดูแลรักษาตนเอง (World Health Organization, 1998) ต่อมาได้มีนักวิชาการที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการด้านสาธารณสุข คือ Nutbeam (2008) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นนำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง และได้แบ่งระดับของความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับพื้นฐาน (Basic level) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interaction level) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical level) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communicative skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ซึ่งมีมิติในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ จะมีรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าถึง/การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร กระบวนการ/การประเมินข้อมูลข่าวสาร และการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Doyle, Cafferkey, & Fullam, 2012; Sørensen *et al.*, 2012) ดังนั้น การที่บุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Baker *et al.*, 2002; Schillinger *et al.*, 2002; Sudore *et al.*, 2006) ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาบุคคลให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป

การที่บุคคลจะมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอได้นั้น เกิดจากกระบวนการหล่อหลอมจากหลายส่วนรวมกัน เช่น การศึกษา วัฒนธรรม สังคม และการบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการศึกษามีส่วนสำคัญที่จะช่วยในการสร้างทักษะพื้นฐานทางภาษาให้กับผู้เรียนและนำไปใช้ในการเรียนรู้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป (Institute of Medicine Committee on Health Literacy, 2004) ทั้งนี้ ระบบการศึกษเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมกับพัฒนาการของผู้เรียนแต่ละวัย ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ มีประสบการณ์ที่ถูกต้องจากผู้สอนที่มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง (จินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2557) ในปัจจุบันสถาบันอุดมศึกษาได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีเป้าหมายสำคัญคือเมื่อนิสิตนักศึกษาจบการศึกษา จะต้องมีความเชี่ยวชาญในศาสตร์ของตนเอง และมีทักษะอื่น



ที่มีความจำเป็นต่อการใช้ชีวิตและการทำงาน รวมทั้งต้องมีความฉลาดทางสุขภาพด้วย นั่นคือ นิสิตนักศึกษาต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ และการตัดสินใจนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนเข้าใจประเด็นทางสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับสากล (เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ผ่องศรี วาณิชยศุภวงศ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และ ณัฐวิทย์ พจนตันติ, 2559) ดังนั้น นิสิตนักศึกษาต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้

จากข้อมูลด้านสถิติของประเทศไทยบ่งชี้ว่า คนไทยทุกช่วงวัยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาทางสุขภาพจิต ในส่วนพฤติกรรมการใช้ชีวิตและผลไม่ และการออกกำลังกายมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติลดลงอย่างชัดเจน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เมื่อพิจารณาในกลุ่มนิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งเป็นวัยรุ่นกลุ่มหนึ่งที่ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป เนื่องจากต้องเรียนในกลุ่มสาขาวิชาชีพทางด้านซึ่งต้องเป็นต้นแบบหรือตัวอย่างที่ดีของพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ แต่จากงานวิจัยพบว่านิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (พุดพิงค์ สัตยวงศ์ทิพย์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, คทา บัณฑิตานุกูล, รจเรศ หาญรินทร์, และ อิศรา จูมมาลี, 2555) มีปัญหาด้านความเครียดและสุขภาพจิต (จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ และคณะ, 2551) และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม (ดุรงค์กร พลหม, บุญฤทธิ์ สัตกุล, ทัดดา ศรีบุญเรือง, และ สุวรรณ ภัทรเบญจพล, 2560) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฝ่ายกิจการนิสิตของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตเภสัชศาสตร์ว่า นิสิตนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา ชอบรับประทานอาหารจานเดียว ขาดการ

ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อไปเที่ยวสถานบันเทิงเพื่อช่วยให้คลายเครียด จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มนักศึกษาสาขาที่เกี่ยวข้องกับทางสุขภาพ พบว่า นักศึกษาแพทย์มีค่าคะแนนความฉลาดด้านสุขภาพมากที่สุด ส่วนในนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนต่ำที่สุด (Mullan et al., 2017) ส่วนงานวิจัยในประเทศพบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในบริบทของกลุ่มนิสิตนักศึกษา อาทิ พฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน (ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2562) พฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น (เพียวพงษ์ศักดิ์ชาติ, ประไพจิตร โสมภีร์, อาทิตยา แก้วน้อย, และ กนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช, 2562) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (จิระภา ขำพิสุทธิ, 2561) ส่วนใหญ่พบว่าทำการศึกษาในกลุ่มนิสิตนักศึกษาพยาบาล แต่ยังไม่มีการศึกษาหลักฐานชี้ชัดว่านิสิตเภสัชศาสตร์มีระดับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับใด ทั้งนี้ เภสัชกรเป็นวิชาชีพที่สังคมไทยให้ความไว้วางใจในการดูแลสุขภาพและการใช้ยา การที่จะสำเร็จการศึกษาเป็นเภสัชกรได้นั้น ผู้เรียนต้องผ่านกระบวนการเรียนการสอนที่ใช้ระยะเวลาเรียน 6 ปี ทำให้สังคมเกิดความคาดหวังว่านิสิตเภสัชศาสตร์ต้องมีความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากกว่าบุคคลทั่วไป ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นอาจารย์ในคณะเภสัชศาสตร์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตเภสัชศาสตร์ ผลการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้คณะเภสัชศาสตร์และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปออกแบบการจัดการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตเภสัชศาสตร์ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาผู้เรียนให้เป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ในการพัฒนาคุณลักษณะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ต่อไป



2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาระดับของความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตเภสัชศาสตร์

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตเภสัชศาสตร์

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 611 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1970) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 ราย และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ เป็นนิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-6 และกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2561 การได้มาซึ่งตัวอย่างที่เป็นนิสิตเภสัชศาสตร์ด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จากนิสิตทุกชั้นปี และเลือกตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ เป็นนิสิตที่ลาป่วยหรือลาพักในวันที่เก็บข้อมูล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

3.3.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี ระบบการเรียน เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) ภูมิสำเนา ระดับการศึกษาของบิดา ระดับการศึกษาของมารดา การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นอินเทอร์เน็ต

3.3.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จำนวน 19 ข้อ มีคะแนนรวม 68 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์แนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความฉลาดทางสุขภาพระดับสูง (54.40-68.00 คะแนน) มีความฉลาดทางสุขภาพระดับปานกลาง (40.80-54.39 คะแนน) และมีความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ (น้อยกว่า 40.80 คะแนน) และมีรายละเอียดของแบบวัดทั้ง 6 ตอน ดังนี้

1) ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์แนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพระดับสูง (4.80-6.00 คะแนน) มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพระดับปานกลาง (3.60-4.79 คะแนน) และมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพระดับต่ำ (น้อยกว่า 3.60 คะแนน)

2) ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 2-10 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์แนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับสูง (8.00-10.00 คะแนน) มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับปานกลาง (6.00-7.99 คะแนน) และมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับต่ำ (น้อยกว่า 6.00 คะแนน)



3) **ตอนที่ 3** การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ในข้อคำถามเชิงบวก ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกัน โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 3-15 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์แนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีการสื่อสารสุขภาพระดับสูง (12.00-15.00 คะแนน) มีการสื่อสารสุขภาพระดับปานกลาง (9.00-11.99 คะแนน) และมีการสื่อสารสุขภาพระดับต่ำ (น้อยกว่า 9.00 คะแนน)

4) **ตอนที่ 4** การจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 3-15 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์แนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีการจัดการตนเองระดับสูง (12.00-15.00 คะแนน) มีการจัดการตนเองระดับปานกลาง (9.00-11.99 คะแนน) และมีการจัดการตนเองระดับต่ำ (น้อยกว่า 9.00 คะแนน)

5) **ตอนที่ 5** การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 2 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 2-10 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์แนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศระดับสูง (8.00-10.00 คะแนน) มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศระดับปานกลาง (6.00-7.99 คะแนน) และมีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศระดับต่ำ (น้อยกว่า 6.00 คะแนน)

6) **ตอนที่ 6** การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบวัดชนิด 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ

เพียง 1 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ก ข คง เท่ากับ 1 2 3 4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 3-12 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์แนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับสูง (9.60-12.00 คะแนน) มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับปานกลาง (7.20-9.59 คะแนน) และมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติระดับต่ำ (น้อยกว่า 7.20 คะแนน)

2.3.3 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนค่า 5 ระดับ ประเมินความถี่ในการปฏิบัติ โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ (5 คะแนน) ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) และไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน) ในข้อคำถามเชิงบวก ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกัน โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 6-30 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดชั้นแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์แนวคิดของบลูม (Bloom, 1975) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง (24.00-30.00 คะแนน) มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง (18.00-23.99 คะแนน) และมีความรู้สุขภาพระดับต่ำ (น้อยกว่า 18.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ทั้ง 6 ตอน พบว่า ตอนที่ 1 มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.71



และตอนที่ 2-6 มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.72, 0.80, 0.74, 0.76 และ 0.72 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.73

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 041/2561 ลงวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บข้อมูลจนถึงขั้นตอนนำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลในรายงานการวิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ระดับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและค่าร้อยละ และ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ ผู้วิจัยแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สันตามแนวทางของ Cohen (1988) ดังนี้ มีระดับความสัมพันธ์มาก ($r = \pm 0.50$ ถึง ± 1.00) มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = \pm 0.30$ ถึง ± 0.49) และมีระดับความสัมพันธ์น้อย ($r = \pm 0.10$ ถึง ± 0.29)

4. ผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.4) มีอายุในช่วง 20-22 ปี (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคืออายุในช่วง 17-19 ปี (ร้อยละ 24.4) กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 5 (ร้อยละ 20.7) รองลงมาคือระดับชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 18.6) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระบบปกติ (ร้อยละ 68.2) มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.01-4.00 (ร้อยละ 93.8) มีภูมิลำเนาตั้งอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 55.4) บิดามีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 49.6) รองลงมาคือระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 32.6) มารดามีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 52.9) รองลงมาคือระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 32.7) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.3) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 71.9) และมีระยะเวลาในการเล่นเกมส์ออนไลน์น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 88.8)

4.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 47.40, SD = 5.60) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 8.60, SD = 1.70) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 22.33, SD = 3.30) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=242)

ตัวแปร/องค์ประกอบ	จำนวนข้อคำถาม	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้	Mean±SD	ระดับ
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	6	0-6	0-6	4.05±1.27	ปานกลาง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2	2-10	2-10	7.12±1.38	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารสุขภาพ	3	3-15	4-13	8.60 ±1.70	ต่ำ
ด้านการจัดการตนเอง	3	3-15	3-15	10.42±2.22	ปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	2	2-10	4-10	7.78±1.59	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3	3-12	3-12	9.43±1.99	ปานกลาง
ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม	19	13-68	32-62	47.40±5.60	ปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพ	6	6-30	7-30	22.33± 3.30	ปานกลาง

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.531$, $p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ (n=242)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับความสัมพันธ์
ความฉลาดทางสุขภาพ	0.531*	มาก

* $p<0.01$

5. อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

5.1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องบ้าง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชิระสุริยวงศ์, วันเพ็ญ ทรงคำ, นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, และ กมลชนก กาวิล (2563) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในระดับพอใช้ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการ

เรียนการสอนของคณะ ซึ่งนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 1-2 จะศึกษาในรายวิชาศึกษาทั่วไปและฝึกปฏิบัติในห้องทดลอง ชั้นปีที่ 3-5 จะเรียนวิชาในกลุ่มวิชาชีพ ความรู้พื้นฐานทางเภสัชกรรม การให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เหมาะสม การสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพจากงานวิจัยหรือฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ การสื่อสารและแนะนำการใช้ยาและสุขภาพ รวมทั้งการฝึกทักษะการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่เน้นฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและร้านยา และชั้นปีที่ 6 เป็นการนำความรู้ที่ได้เรียนมาทั้งหมดไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ



เภสัชกรรมที่ต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะในการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยจริง ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทำให้นิสิตเภสัชศาสตร์มีความรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารหรือการให้คำแนะนำบุคคลอื่นที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ เป็นต้น หากพิจารณาในระดับในแต่ละองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านการสื่อสารเท่านั้นที่อยู่ในระดับต่ำ จึงอาจส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมที่ทำให้คะแนนความฉลาดทางสุขภาพจัดอยู่ในระดับปานกลางได้ ผลการวิจัยที่สอดคล้องกันข้างต้น มีข้อสังเกตคือแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้กับแบบวัดในงานวิจัยของ วชิระ สุริยวงศ์ และคณะ (2563) ประยุกต์ใช้แบบวัดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) เหมือนกัน คือวัดความฉลาดทางสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน แต่จำนวนข้อคำถามรายด้านและภาพรวมไม่เท่ากัน ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการแปลผลระดับความฉลาดทางสุขภาพในภาพรวมได้

5.2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วชิระ สุริยวงศ์ และคณะ (2563) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับพอใช้ สามารถอธิบายได้ว่า ในคณะเภสัชศาสตร์ได้มีการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มีนโยบายคณะปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย มีคลินิกให้คำปรึกษาเมื่อเกิดความเครียดจากเรื่องการเรียนรู้และปัญหาอื่นๆ ถึงแม้ว่าจะมีการจัดกิจกรรมทั้งในและนอกหลักสูตรเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ นิสิตเภสัชศาสตร์ แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นนิสิตเภสัชศาสตร์ชั้นปีที่ 5 ซึ่งจะต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและเน้นการฝึกภาคปฏิบัติที่โรงพยาบาล ร้านยา และในชุมชนมากขึ้น จึงส่งผลทำให้นิสิตต้องใช้เวลาอย่างเร่งรีบในการซื้ออาหารเพื่อบริโภค โดยคำนึงถึงความสะดวกและรวดเร็วเป็นหลัก รวมทั้งไม่ค่อยมีเวลาว่างสำหรับ

การออกกำลังกาย ประกอบกับการเรียนที่ต้องทำความเข้าใจเนื้อหาทางเภสัชศาสตร์เป็นจำนวนมากทำให้นิสิตอาจเกิดความเครียดและมีวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น จึงอาจส่งผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมได้ ผลการวิจัยที่สอดคล้องกันข้างต้น มีข้อสังเกตคือแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้กับงานวิจัยของ วชิระ สุริยวงศ์ และคณะ (2563) ประยุกต์ใช้แบบวัดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) เหมือนกัน แต่มีจำนวนข้อคำถามโดยรวมทั้งฉบับต่างกัน ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมได้

5.3 ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวก สอดคล้องกับงานวิจัยของ พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ (2562) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.121$, $p=0.046$) งานวิจัยของ จิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตคณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.33$, $p<0.01$) และงานวิจัยของ วชิระ สุริยวงศ์ และคณะ (2563) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.78$, $p<0.001$) สามารถอธิบายตามแนวคิดของความฉลาดทางสุขภาพได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพนั้นเป็นความสามารถหรือทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้และเข้าใจในเนื้อหาสาระสำคัญในประเด็นสุขภาพ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา (Nutbeam, 2000) แต่มีประเด็นที่ต้องให้ความสนใจคือความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับ



พฤติกรรมสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ ยังไม่ได้ควบคุมปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ เช่น เกรดเฉลี่ยสะสม ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.01-4.00 (ร้อยละ 93.8) ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเมื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าวแล้ว ความฉลาดทางสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

6. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะได้ดังนี้

6.1 ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

6.1.1 ผู้บริหารและกรรมการหลักสูตร ควรมีการทบทวนและปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสมัย พร้อมทั้งการจัดทำแผนการดำเนินงานการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้กับนิสิตเภสัชศาสตร์ทุกชั้นปี และมีการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

6.1.2 ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดกิจกรรมการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติวิชาชีพเภสัชกรรม ด้วยการสอดแทรกเข้าไปในรายวิชาหรือจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการสื่อสารสุขภาพ และด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้แก่ นิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณะเภสัชศาสตร์ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

6.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

6.2.1 ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนิสิตเภสัชศาสตร์ เพื่อเกิดสมรรถนะในการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

6.2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในมุมมองของนิสิตเภสัชศาสตร์

7. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากเงินอุดหนุนการวิจัยงบประมาณเงินรายได้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปี 2562

8. เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, กฤษณี สระมณี, สุรัชดา กองศรี, สายทิพย์ สุทธิรักษา, อิสรา จูมมาลี, และ รจเรศ หาญรินทร์. (2551). ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 42(2), 65-72.
- จินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2557). *โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิระภา ขำพิสุทธ์. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 24(1), 67-78.
- ดุรงค์กร พลหม, บุญฤทธิ์ สัตกุล, ทัดดา ศรีบุญเรือง, และ สุวรรณ ภัทรเบญจพล. (2560). พฤติกรรมการออกกำลังกายได้แบบจำลองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 13(ฉบับพิเศษ), 647-657.



- เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ผ่องศรี วาณิชยศุภวงศ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และ ญัฐวิทย์ พจนตันติ. (2559). ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพัฒนานักศึกษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 208-222.
- เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ประไพจิตร โสมภีร์, อาทิตยา แก้วน้อย, และ กนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช. (2562). ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28 (ฉบับพิเศษ), 20-32.
- พุดพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, คทาบัติตานกุล, รจเรศหาญรินทร์, และ อิศราจุมมาลี. (2555). *การสำรวจพฤติกรรม ความคิดเห็น และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบของนิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในประเทศไทย ปี 2553*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมยาสูบ.
- วชิระ สุริยวงศ์, วันเพ็ญ ทรงคำ, นพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, และ กมลชนก กาวิล. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(2), 96-106.
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา*, 8(1), 116-123.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Scott, T., Parker, R. M., Green, D., . . . Peel, J. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*, 92(8), 1278-1283. doi:10.2105/ajph.92.8.1278
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education Objective Handbook I : Cognitive Domain*. New York: David Mckay.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Doyle, G., Cafferkey, K., & Fullam, J. (2012). *The European health literacy survey: results from Ireland*. Dublin, Ireland: University College Dublin.
- Institute of Medicine Committee on Health Literacy. (2004). In L. Nielsen-Bohlman, A. M. Panzer, & D. A. Kindig (Eds.), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Mullan, J., Burns, P., Weston, K., McLennan, P., Rich, W., Crowther, S., . . . Osborne, R. H. (2017). *Health literacy amongst health professional university students: a study using the Health Literacy Questionnaire*. *Education Sciences*, 7(2), 54.
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.



- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. Soc Sci Med, 67(12), 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., . . . Bindman, A. B. (2002). *Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes*. JAMA, 288(4), 475-482. doi:10.1001/jama.288.4.475
- 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(1), 80.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . Ayonayon, H. N. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion Glossary*. Geneva: WHO Publications.
- Yamane, T. (1970). *Statistic : an Introductory Analysis*. (2nd ed.). New York: Harper & Row.