

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ
กิจกรรมทางกายของหญิงวัยกลางคน อาศัยอยู่ในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง
จังหวัดนครราชสีมาเบญจมาศ เพยกลาง⁽¹⁾, เบญจมา มุกตพันธุ์⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 2 เมษายน 2562

วันที่แก้ไขบทความ: 25 เมษายน 2562

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 30 กรกฎาคม 2562

(1) ผู้รับผิดชอบบทความ นักศึกษาหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
(email: nong.benjamat@gmail.com)

(2) สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริม
สุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของหญิงวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือหญิงวัยกลางคน อายุ 40-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 220 คน เก็บข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพและความถี่บริโภคอาหารชนิดต่างๆ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และเก็บข้อมูลกิจกรรมทางกายโดยใช้แบบสัมภาษณ์กิจกรรมทางกายระดับโลกฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความรู้ด้านสุขภาพกับกิจกรรมทางกาย โดยมีตัวแปรควบคุมคือได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และโรคประจำตัว ด้วยสถิติทดสอบ Multiple logistic regression

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50.3 ± 0.4 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.5 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ระดับต่ำถึงพอใช้) ร้อยละ 70.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และร้อยละ 26.4 มีกิจกรรมทางกายในระดับที่ไม่เพียงพอต่อการมีสุขภาพดี จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ระดับดีขึ้น) มีโอกาสมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็น 4.75 เท่าของกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.33 ถึง 9.64) ด้านกิจกรรมทางกายพบว่ากลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอมีกิจกรรมทางกายในระดับที่ดีต่อสุขภาพ เป็น 6.25 เท่าของกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.47 ถึง 16.29) สรุปสองในสามของหญิงวัยกลางคนมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่ดีด้านการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย ดังนั้นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรจัดโครงการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อนำไปสู่การบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกันโรคเรื้อรังได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, กิจกรรมทางกาย

Original Article

The Association of Health literacy Level with Food Consumption Behavior and Physical Activities of Middle-Age Women living in Tanot Sub-district, Nonsung District, Nakhonratchasima Province

Benjamat Poeyklang⁽¹⁾, Benja Muktabhant⁽²⁾

Received Date: April 2, 2019

Revised Date: April 25, 2019

Accepted Date: July 30, 2019

Abstract

This cross-sectional analytic study is aimed to analyze the association of health literacy level with food consumption behavior and physical activity level of middle-age women. Two hundred and twenty subjects were recruited from middle-age women aged 40-60 years old living in Tanot Sub-district (a semi urban area), Nonsung District, Nakhonratchasima Province. Characteristics of the subjects, health literacy information and food frequency consumption, all data were collected by face-to-face interviewing with a structural questionnaire. Global physical activity questionnaire was used to collected data of physical activities. Multiple logistic regression was analyzed the association of health literacy level with food consumption behavior, and the association of health literacy level with physical activities by adjusting for age, educational level, occupation, sufficiency of income, and having diseases.

The results showed that the average age of the subjects was 50.3 ± 0.4 years. 57.3% of them finished primary school level. Their health literacy level was in poor to fair for 69.5%. Majority (70.5%) of the subjects had poor eating behavior. The subjects had inadequate physical activities for 26.4%. Multiple logistic regression analysis showed that adequate (above good level) of health literacy was associated with healthy eating behaviors (adjusted OR 4.75, 95% CI: 2.33 to 9.64), and associated with adequate physical activities (adjusted OR 6.25, 95% CI: 2.47 to 16.29). Conclusion, two-thirds of the middle-aged women have inadequate health literacy which affects food consumption behavior and level of physical activities. Public health organization should develop effective health literacy programs for middle-aged women in order to promote healthy eating and physical activity. This will contribute to the prevention of chronic diseases in the future.

Keywords: Health Literacy, Food Consumption Behavior, Physical Activity

(1) **Corresponding author** Master of
Public Health student,
Faculty of Public Health,
Khon Kaen University
(email: nong.benjamat@gmail.com)

(2) Department of Public Health
Administration Health Promotion Nutrition,
Faculty of Public Health,
Khon Kaen University

บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากสถานการณ์ภาวะอ้วนทั่วโลกในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวจากปี พ.ศ. 2523 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (World Health Organization [WHO], 2014) โดยผู้หญิงมีภาวะอ้วนร้อยละ 15 และผู้ชายมีภาวะอ้วนร้อยละ 11 ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบปัญหาภาวะอ้วน ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) ที่เพิ่มขึ้นเพศชายจากร้อยละ 8 ในปี พ.ศ. 2523 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2551 และเพศหญิงจากร้อยละ 8 ในปี 2523 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 52 ในปี 2551 ประเทศที่มีความชุกภาวะอ้วนสูงสุด คือ ประเทศมาเลเซีย รองลงมาคือ ประเทศไทย ซึ่งพบภาวะอ้วนในเพศหญิงร้อยละ 36 และเพศชายร้อยละ 26 (WHO, 2011) จากการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 พบภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่เพศหญิงร้อยละ 41.8 เพศชายร้อยละ 32.9 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) จะเห็นได้ว่าผู้หญิงมีปัญหาภาวะอ้วนมากกว่าผู้ชายทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย

ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จากผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรไทยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพจำพวกอาหารไขมันสูงบริโภค 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 51.6 บริโภคเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ทุกวันร้อยละ 23.5 และบริโภค 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 30.3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) นอกจากปัญหาการบริโภคแล้วประชาชนไทยยังมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 19.2 ในชายร้อยละ 18.4 และหญิงร้อยละ 20.0 (สถาบันการวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ ทำให้เกิดการสะสมพลังงาน ก่อให้เกิดปัญหาโรคอ้วนตามมาได้

ปัจจุบันอยู่ในยุคเทคโนโลยี ง่ายต่อการติดต่อสื่อสาร และง่ายต่อการได้รับข่าวสารข้อมูลต่างๆ รวมทั้งข้อมูลทางสุขภาพที่มีทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง หากผู้รับข้อมูลข่าวสารเหล่านี้มีความรู้เท่าทันสื่อสามารถวิเคราะห์และพิจารณาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่นำเสนอ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการสร้างสุขภาพที่ดีหรืออาจเรียกได้ว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health

literacy) ก็จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้และทักษะทางสังคมที่จะกำหนดแรงจูงใจและความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อเป็นการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพให้ดียิ่งเสมอ (WHO, 1998) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มแพร่หลายมากขึ้นและถูกให้ความสำคัญมากขึ้น ดังนั้นการปลูกฝังความรู้และการสื่อสารสุขภาพ จึงเป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนโดยการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย จากงานวิจัยในหลายๆ เรื่อง พบว่า ในกลุ่มผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ (Kobayashi et al., 2013) การส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และการประเมินข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ (Gibney & Doyle, 2016) การเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการลดลงของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวาน (Zoellner et al., 2011)

สำหรับพื้นที่ตำบลโดนด อำเภอนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะกึ่งเมือง มีตลาดร้านค้า ร้านอาหาร กระแสความเจริญไหลเข้าสู่ชุมชนอย่างรวดเร็ว รวมถึงมีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ทั้งที่น่าเชื่อถือและไม่น่าเชื่อถือ ประชาชนบางกลุ่มทำงานรับจ้างในเมือง ใช้ชีวิตรีบเร่งมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย จากผลการคัดกรองข้อมูลทางสุขภาพของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2560 พบประชากรที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ กก./ม}^2$) พบสูงสุดที่ช่วงอายุ 40-60 ปี โดยพบในเพศหญิงจำนวน 622 คน จากหญิงวัยเดียวกันทั้งหมด 908 คน คิดเป็นร้อยละ 68.50 และในเพศชายพบผู้มีภาวะอ้วนจำนวน 188 คน จากเพศชายวัยเดียวกันทั้งหมด 869 คิดเป็นร้อยละ 21.63 (ฐานข้อมูลสุขภาพจากโปรแกรม HosXp_pcu รพ.สต.โดนด, 2560) จะเห็นได้ว่าเพศหญิงมีปัญหาภาวะอ้วนมากกว่าเพศชายอย่างเห็นได้ชัด การศึกษาวิจัย

ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายของหญิงวัยกลางคน (อายุ 40-60 ปี) ผลการวิจัยนี้เพื่อให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขไปใช้ในการวางแผนกิจกรรม ตลอดจนการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของหญิงวัยกลางคนอาศัยที่ตำบลโดนด อำเภอนโนสูง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

● รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) โดยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรองเลขที่ HE 612019 ให้ไว้ ณ วันที่ 26 มกราคม 2561

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงวัยกลางคนอายุ 40-60 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในเขตพื้นที่ตำบลโดนด อำเภอนโนสูง จังหวัดนครราชสีมา ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล Multiple logistic regression (Hsieh, Bloch, & Larson, 1998) ตามสูตรดังต่อไปนี้

คำนวณจำนวน (ขนาด) ตัวอย่างด้วยสูตรการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย

$$n_p = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

จากข้อมูลการศึกษานำร่อง (Pilot study) ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คนในเขตพื้นที่ที่ผู้วิจัยทำการศึกษา (ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง) สามารถคำนวณขนาดตัวอย่างดังต่อไปนี้

P_0 = สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและมีกิจกรรมทางกายระดับดี = 0.4

P_1 = สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มี(ระดับ)ความรอบรู้ด้านสุขภาพดีและมีกิจกรรมทางกายระดับดี=0.05

$$P = (1-B)P_0 + BP_1 \text{ มีค่าเท่ากับ } 0.17$$

B = สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี มีค่าเท่ากับ $20/30 = 0.66$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96 \text{ เมื่อกำหนดให้ } \alpha=0.05$$

$Z_{1-\beta} = 0.84$ เมื่อกำหนดให้ $\beta=0.20$ (Power of test $(1-\beta) = 80\%$)

แทนค่าในสูตร

$$n_p = \frac{0.17(1-0.17)(1.96+0.84)^2}{[0.66(1-0.66)(0.4-0.05)^2]} = 40$$

การคำนวณค่านี้ถึงผลที่เกิดจากตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยปรับด้วยค่า variance inflation factor โดยใช้สูตร

$$n_p = \frac{n^2}{1-P_{1.2.3..p}^2}$$

n_p คือ จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการภายหลังจากการปรับค่า P ประชากรกลุ่มเดียว(คน)

n คือ จำนวนตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย

$P_{1.2.3..p}^2$ คือ ค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อน

$$\text{แทนค่า } n = \frac{40}{1-0.8^2} = 200$$

ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 220 คน ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิต ไม่ป่วยนอนโรงพยาบาล และยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจในการศึกษาวิจัยนี้

● วิธีการสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างจาก 12 หมู่บ้านของตำบลโดนด โดยให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านเป็นสัดส่วนกับจำนวนหญิงวัยกลางคนทั้งหมดของแต่ละหมู่บ้าน สุ่มโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel โดยการเรียงลำดับกลุ่มประชากร แล้วทำการสุ่มด้วยสูตร “RANDBETWEEN()” ของโปรแกรม Microsoft Excel โดยสุ่มทีละหมู่บ้าน

● เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบบันทึกน้ำหนักส่วนสูงและเส้นรอบเอว แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้

รายจ่ายค่าอาหาร ความพอเพียงของรายได้และรายจ่าย จำนวนสมาชิกในบ้าน โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร 3) การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร 4) การจัดการเงื่อนไข 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) การตัดสินใจปฏิบัติ องค์ประกอบที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน องค์ประกอบที่ 2-6 เป็นข้อคำถามแบบ Likert's scale 5 ตัวเลือกได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวก 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ คำถามเชิงลบ ให้คะแนนกลับกัน นำคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้าน และคะแนนรวมมาจัดระดับตามเกณฑ์การให้คะแนนจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 30. 2ส.ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2561) โดยจัดเป็น ดีมาก ดี พอใช้ และต่ำ ตามเกณฑ์ดังนี้ ร้อยละ 80-100, 70-79, 60-69, และ <60 ตามลำดับ สำหรับการนำข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์จะจัดเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (ระดับดีถึงดีมาก) และระดับที่ไม่เพียงพอ (ระดับต่ำถึงพอใช้)

ส่วนที่ 3 ความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ มี 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทที่เสี่ยงต่อความอ้วน (น้ำตาลสูง ไขมันสูง) และอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (ผัก ผลไม้) เป็นคำถามให้เลือกตอบ ประกอบด้วยบริโภคทุกวัน, 4-6 ครั้ง/สัปดาห์, 1-3 ครั้ง/สัปดาห์, 1-3 ครั้ง/เดือน และไม่บริโภคเลย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนสำหรับชนิดอาหารที่ดีต่อสุขภาพ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนอาหารที่เสี่ยงให้คะแนนกลับกัน นำคะแนนรวมจากอาหารทุกชนิดมาจัดระดับเป็น ระดับดีต่อสุขภาพ ตามค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของคะแนนรวมที่ ≥ 75 และไม่ดีต่อสุขภาพ ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของคะแนนรวมที่ <75)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ประยุกต์จาก Global Physical Activity Questionnaire

(GPAQ) ขององค์การอนามัยโลก (Bull, Maslin, & Armstrong, 2009) โดยสร้างเป็นแบบสอบถามกิจกรรมทางกายฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวกิจกรรมทางกายในการประกอบอาชีพ 2) กิจกรรมทางกายเกี่ยวกับกิจกรรมการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น เดิน ขี่จักรยาน 3) กิจกรรมทางกายเกี่ยวกับการพักผ่อนหย่อนใจ และพฤติกรรมอื่นๆ นอนๆ โดยใช้ค่า Metabolic equivalent (MET) ในการวัดระดับกิจกรรมทางกาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ กิจกรรมทางกายระดับมาก ($MET \geq 3000$) กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง ($MET \geq 600-2999$) กิจกรรมทางกายระดับน้อย ($MET < 600$) โดยผู้ที่มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปจัดเป็นผู้ที่มีกิจกรรมทางกายในระดับเพียงพอต่อสุขภาพ

แบบบันทึกน้ำหนักส่วนสูงและวัดเส้นรอบเอว โดยผู้วิจัยเป็นผู้วัด

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (The index of item-objective congruence: IOC) ซึ่งทุกข้อคำถามที่ค่ามากกว่า 0.5 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มหญิงวัยกลางคนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในองค์ประกอบที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจ มีค่าสัมประสิทธิ์ Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.72 องค์ประกอบที่ 2-6 มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 และความถี่การบริโภคอาหารมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในหมู่บ้านต่างๆ โดยมีผู้ช่วยการวิจัยในการเก็บข้อมูลร่วมด้วย ผู้ช่วยการวิจัยได้รับการอบรมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ก่อนการเก็บข้อมูลจริงภายใต้การดูแลของผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30-40 นาที

● การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 10 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และ

กิจกรรมทางกาย โดยมีตัวแปรควบคุมได้แก่ อายุ ความพอเพียงของรายได้และรายจ่าย โรคประจำตัว อาชีพ ระดับการศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบ Multiple logistic regression ด้วยวิธี Backward elimination

ผลการวิจัย

● ลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 50.3 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.3 สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.6 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.0 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,188 บาท รายได้มีความเพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 54.1 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 40.9 โดยโรคมีจำนวนมากคือโรคไขมันในหลอดเลือดและโรคความดันโลหิตสูง ทุกคนไม่สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้งพบร้อยละ 8.2 โดยส่วนใหญ่จะดื่มเบียร์ (ตารางที่ 1)

● ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ต่ำถึงพอใช้) ถึงร้อยละ 69.4 ในจำนวนนี้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50.4 ซึ่งในด้านความรู้ความเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 49.1 และดีร้อยละ 24.1 แต่ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารข้อมูล การจัดการเงื่อนไขด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับต่ำ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.4 อยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 2)

● พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดีต่อสุขภาพร้อยละ 70.5 (ตารางที่ 3) อาหารพลังงานสูงที่กลุ่มตัวอย่างนิยมบริโภคได้แก่อาหารทอดโดยบริโภคบ่อยครั้งถึงทุกวันร้อยละ 23.6 และบริโภคบางครั้ง (1-3 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 46.4 การบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน บริโภคตั้งแต่ 4 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไปร้อยละ 15.5 ในด้านการบริโภคผักและผลไม้ กลุ่มตัวอย่างบริโภคผักและผลไม้รสไม่หวานจัดทุกวัน ร้อยละ 67.3 และ 25.0

● กิจกรรมทางกาย

กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 39.5 และในระดับหนักร้อยละ 34.1 กลุ่ม

ตัวอย่างยังมีกิจกรรมนั่งๆ นอนๆ เฉลี่ย 5 ชั่วโมงต่อวัน (ตารางที่ 3)

● ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยควบคุมตัวแปรอายุ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย โรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ระดับดีถึงดีมาก) มีโอกาสมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพเป็น 4.75 เท่าของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ (ระดับต่ำถึงพอใช้) (95% CI=2.33 ถึง 9.64, p-value<0.001) กลุ่มอายุ 51-60 ปีมีโอกาสมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพเป็น 2.99 เท่าของกลุ่มอายุ 40-50 ปี (95% CI: 1.47 ถึง 6.07, p-value=0.002) กลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพเป็น 2.82 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (95% CI: 1.44 ถึง 5.51, p-value=0.002) (ตารางที่ 4)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกิจกรรมทางกาย

กลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ มีโอกาสมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเป็น 6.23 เท่าของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ (95% CI: 2.45 ถึง 15.84, p-value<0.001) ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้างมีความสัมพันธ์ต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเป็น 2.64 เท่าของกลุ่มอื่นๆ (95% CI: 1.37 ถึง 5.08, p-value=0.004) (ตารางที่ 5)

บทสรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสามมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอและในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา การมีการศึกษาระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำมักมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่น้อยด้วย (van der Heide et al., 2013) ดังนั้นกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นเพื่อพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Zoellner et al. (2016) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และจากการศึกษาของ Suka et al. (2015) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-64 ปี ในประเทศญี่ปุ่นพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาในระดับสูงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มีกลุ่มตัวอย่างถึงสองในสามที่มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีอยู่ในระดับที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วนถึงร้อยละ 60.4 สำหรับชนิดอาหารที่กลุ่มตัวอย่างนิยมบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ได้แก่ อาหารทอดและเครื่องดื่มที่มีรสหวานโดยบริโภค 4 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไปร้อยละ 23.6 และ 15.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคในวัยทำงานซึ่งรับประทานอาหารกลุ่มไขมันสูง 1-2 วันต่อสัปดาห์ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และสอดคล้องกับการสำรวจเปรียบเทียบความถี่การบริโภคอาหารของประชาชนไทยปี 2546 กับปี 2552 พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นของการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานบริโภคทุกวันร้อยละ 5.1 เพิ่มขึ้นเป็น 7.9 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ดีด้านการบริโภคผักโดยประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างบริโภคผักทุกวัน และหนึ่งในสี่บริโภคผลไม้รสไม่หวานจัดทุกวัน อาจเนื่องด้วยช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและลักษณะนิสัยในการบริโภคส่วนบุคคลที่นิยมบริโภคผักและผลไม้ อย่างไรก็ตามยังพบว่าการบริโภคผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างบริโภคน้อยกว่าผลการสำรวจการบริโภคผักและผลไม้ของประชากรไทยปี 2560 พบว่า ประชาชนไทยมีพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ทุกวันร้อยละ 41.1 และบริโภค 5-6 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 19.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) และต่างจากการศึกษาของจุฑามาศ เหลาพรม, พรพิมล ชูพานิช, & เบญจา มุกตพันธุ์ (2558) พบว่า หญิงวัยกลางคน อายุ 35-60 ปี ของอำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีการบริโภคผักและผลไม้ทุกวันร้อยละ 63.5 และ 60.4 ตามลำดับ

ด้านกิจกรรมทางกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างสองในสามมีกิจกรรมทางกายในระดับที่ดีต่อสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางกายที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประมาณสองในสามประกอบอาชีพเกษตรกรรม หรือรับจ้าง ซึ่งเป็นอาชีพที่มีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่พบว่ากิจกรรมที่ใช้สัดส่วนเวลามากที่สุดคือการทำงาน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559) อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสี่ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบประชาชนเพศหญิงมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 20.0 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพเป็น 4.75 เท่าของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ แสดงให้เห็นว่าโดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอจะสามารถแสวงหาความรู้ด้านการบริโภคอาหารด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลเพื่อดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Andrus & Roth, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zoellner et al. (2011) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18-84 ปี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ดีโดยทุกๆ 1 คะแนนของการเพิ่มขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการบริโภคอาหารที่ดี 1.21 คะแนน และทุกๆ 1 คะแนนของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวาน 34 kals และการศึกษาของ Adams et al. (2013) ที่พบว่าการมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับการบริโภคผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอด้วยโดยศึกษาในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป แต่ต่างจากการศึกษาของ Geboers et al. (2014) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริโภคผักผลไม้ของผู้สูงอายุ จากการศึกษานี้ นอกจากพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีแล้ว ยังพบว่าหญิงวัยกลางคนที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่วัยปลายและมีโรคประจำตัวกลับมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีกว่าหญิงวัยกลางคนกลุ่มที่อายุน้อยกว่าและไม่มีโรคประจำตัว อาจเนื่องจากกลุ่มที่มีโรคประจำตัวมักได้รับ

คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ปรับพฤติกรรม
การกินและแนะนำให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเป็น 6.35 เท่าของกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kobayashi et al. (2013) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 52-79 ปี พบว่า ในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง มีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระดับปานกลางถึงมาก เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ และการศึกษาของ Geboers et al. (2014) ที่พบว่าการมีความรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านการออกกำลังกาย และการศึกษาของ Gibney et al. (2016) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่า อัตราการออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการเกิดโรค การส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล และการประเมินข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ดังนั้นผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าถ้าสามารถพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นอาจทำให้ประชาชนมีการพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **ความฉลาดทางสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: นิเวศรรวมการพิมพ์.
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **การเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน**. กรุงเทพฯ: โอวาท (ประเทศไทย).
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **การสร้างเสริมและการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ**. ค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2561, จาก <http://www.hed.go.th/linkhed/file/575>
- จุฑามาศ เหลาพรม, พรพิมล ชูพานิช, & เบญจมา มุกตพันธุ์. (2558). การบริโภคอาหาร กิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงและภาวะโภชนาการของสตรีวัยกลางคนในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 8(1), 317-325.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). **สุขภาพคนไทย 2559**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2554). **รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทยการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4**. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5**. นนทบุรี: อักษรกราฟิก แอนด์ไซน์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). **การสำรวจอนามัย สวัสดิการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560**. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- Adams, R. J., Piantadosi, C., Ettridge, K., Miller, C., Wilson, C., Tucker, G., et al. (2013). Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. **Patient Education Counseling**, 91(2), 206-212.
- Andrus, M. R., & Roth, M. T. (2002). Health literacy: A review. **Pharmacotherapy**, 22(3), 282-302.

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

หญิงวัยกลางคนที่ศึกษามีถึงสองในสามที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ หนึ่งในสี่มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอต่อสุขภาพ โดยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีและกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพควรมีการดำเนินโครงการเกี่ยวกับเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพในด้านอาหารและโภชนาการ และการออกกำลังกาย ของหญิงวัยกลางคนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วนและโรคเรื้อรังต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณหญิงวัยกลางคนกลุ่มตัวอย่าง ตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล

- Bull, F. C., Maslin, T. S., & Armstrong, T. (2009). Global physical activity questionnaire (GPAQ): Nine country reliability and validity study. *Journal of Physical Activity and Health*, 6, 790-804.
- Geboers, B., de Winter, A. F., Luten, K. A., Jansen, C. J., & Reijneveld, S. A. (2014). The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. *Journal of Health Communication*, 19(2), 61-76.
- Gibney, S., & Doyle, G. (2016). Self-rated health literacy is associated with exercise frequency among adults aged 50+ in Ireland. *European Journal of Public Health*, 27(4), 755-761.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17(14), 1623-34.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2013.) Health literacy and moderate to vigorous physical activity during aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(4), 463-462.
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., et al. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98, 660-668.
- van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Ueters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18(1), 172-84.
- World Health Organization [WHO]. (1998). **Health promotion glossary**. Retrieved August 22, 2017, from <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- World Health Organization [WHO]. (2011). **Non-communicable diseases in the South-East Asia Region**. Retrieved October 15, 2017, from http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2011_non_communicable_diseases_in_the_south_east_asia_region.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2014). **Global status report on non-communicable diseases 2014**. Retrieved August 30, 2017, from <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- Zoellner, J. M., Hedrick, V. E., You, W., Chen, Y., Davy, B. M., Porter, K. J., et al. (2016). Effects of a behavioral and health literacy intervention to reduce sugar-sweetened beverages: A randomized-controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(38), 1-12.
- Zoellner, J., You, W., Connell, C., Smith-Ray, R. L., Allen, K., Tucker, K. L., et al. (2011). Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake. *National Institutes of Health*, 111(7), 1012-1020.

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=220)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean±S.D. 50.3±0.39		
40-50 ปี	111	50.5
51-60 ปี	109	49.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	126	57.3
มัธยมตอนต้น	36	16.4
มัธยมตอนปลาย/ ปวช.	40	18.3
อนุปริญญา/ ปวส. และปริญญาตรี	17	7.7
สถานภาพการสมรส		
โสด	19	8.6
สมรสและอยู่ด้วยกัน	171	77.7
หม้าย/หย่า/แยก	30	13.7

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=220) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22	10.0
เกษตรกรรม	74	33.6
รับจ้างทั่วไป/พนักงานโรงงาน	67	30.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	48	21.8
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	4.1
รายได้ (บาทต่อเดือน) Mean±S.D. 7188.1±437.03		
≤ 5,000	112	50.9
5,001-10,000	84	38.2
10,001-20,000	17	7.7
≥ 20,001	7	3.2
ความเพียงพอของรายได้และรายจ่าย		
ไม่เพียงพอ	97	44.1
เพียงพอกับรายจ่าย	119	54.1
เหลือเก็บ	4	1.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	130	59.1
มี	90	40.9
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	220	100
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	202	91.8
ดื่มบางครั้ง	18	8.2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=220)

ข้อความ	ร้อยละ (จำนวน)			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ต่ำ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	7.3 (16)	23.2 (51)	19.1 (42)	50.4 (111)
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภค อาหารและกิจกรรมทางกาย	49.1 (108)	24.1 (53)	13.2 (29)	13.6 (30)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคและกิจกรรมทางกาย	9.5 (21)	18.2 (40)	17.3 (38)	55.0 (121)
การสื่อสารข้อมูลการบริโภคและกิจกรรมทางกาย	17.7 (39)	16.8 (37)	11.4 (25)	54.1 (119)
การจัดการเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริโภคและกิจกรรมทางกายด้วยตนเอง	18.6 (41)	16.8 (37)	15.0 (33)	49.5 (109)
การรู้เท่าทันสื่อ	14.5 (32)	5.9 (13)	13.2 (29)	66.4 (146)
การตัดสินใจปฏิบัติ	14.5 (32)	5.9 (13)	13.2 (29)	66.4 (146)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง (n=220)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
ระดับดีต่อสุขภาพ	65	29.5
ระดับไม่ดีต่อสุขภาพ	155	70.5
ระดับกิจกรรมทางกาย		
ระดับหนัก (Vigorous)	75	34.1
ระดับปานกลาง (Moderate)	87	39.5
ระดับน้อย (Low)	58	26.4
กิจกรรมนั่งๆนอนๆ (นาฬิกาต่อวัน) Median (Q1, Q3) : 300 (30, 540) หรือ 5 ชั่วโมงต่อวัน		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์ Multiple logistic regression (n=220)

ตัวแปร	จำนวน	พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีต่อสุขภาพ		
		ร้อยละ	Adjusted OR (95% CI)	P-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
ระดับไม่เพียงพอ	153	20.92	1	
ระดับเพียงพอ	67	50.77	4.77 (2.38-9.59)	<0.001
อายุ				
40-50 ปี	111	18.02	1	
51-60 ปี	109	41.28	3.77 (1.90-7.50)	<0.001
ความเพียงพอของรายได้และรายจ่าย				
ไม่เพียงพอ	97	25.78	1	
เพียงพอ	123	32.52	1.40 (0.72-2.71)	0.314
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	130	25.77	1	
มีโรคประจำตัว	90	42.22	2.99 (1.55-5.78)	0.001

LR $\chi^2=46.85$, Pseudo $R^2=0.18$ P-value<0.001, Log likelihood= -110.11

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและลักษณะส่วนบุคคลกับกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์ Multiple logistic regression (n=220)

ตัวแปร	จำนวน	กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ		
		ร้อยละ	Adjusted OR (95% CI)	P-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
ระดับไม่เพียงพอ	153	66.0	1	
ระดับเพียงพอ	67	91.0	6.35 (2.47-16.29)	<0.001
อายุ				
40-50 ปี	111	67.6	1	
51-60 ปี	109	79.8	2.01 (0.97-4.15)	0.059
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	126	75.4	1	
สูงกว่าประถมศึกษา	94	71.3	0.93 (0.45-1.94)	0.86
อาชีพ				
อาชีพอื่นๆ	80	62.5	1	
เกษตรกรและรับจ้าง	140	80.0	2.50 (1.27-4.81)	0.007
ความพอเพียงของรายได้				
ไม่เพียงพอ	97	79.4	1	
เพียงพอ	123	69.1	0.59 (0.30-1.16)	0.13

LR $\chi^2=33.60$, Pseudo $R^2=0.13$, P-value<0.001, Log likelihood= -110.10