



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ
(Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงาน
สร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย
เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จัดทำโดย นางสาวเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี
รหัส ๕๐๗๓

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล (Individual Study)

เรื่อง การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์
การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย
เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จัดทำโดย นางสาวเบญจมาศ สุธมิตรไมตรี
รหัส ๕๐๗๓

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรถัย กักพล) *
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ
(เอกอัครราชทูต เพ็ญศักดิ์ ชลารักษ์)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมภพ มานะรังสรรค์)
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา ๑) เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของคนไทยในปัจจุบัน และ ๒) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในจังหวัดราชบุรี แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ ประชาชน จำนวน ๔๑๕ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน ๑๕ คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบสัมภาษณ์การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

๑. กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ เฉพาะองค์ประกอบของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

๒. กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ เฉพาะองค์ประกอบของทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

๓. กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน

๔. กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในองค์ประกอบความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

๕. กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในทุกองค์ประกอบ ยกเว้นองค์ประกอบความรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่พบว่าไม่แตกต่างกัน

๖. สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดยง่ายก่อนเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ส่วนในเรื่องของการจัดการกับอารมณ์นั้น เป็นเรื่องที่ยู้งยากกับเจ้าหน้าที่ในส่วนของการแก้ปัญหาหรือจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ในขณะที่ พฤติกรรม ๒ ส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก เป็นความชอบส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนการขับเคลื่อนการสร้างและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพแห่งชาติ และในระดับภูมิภาคอาเซียน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

๒. ผลักดัน พัฒนา นโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานการสร้างและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพสู่การปฏิบัติทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน ต่อเนื่อง และยั่งยืน ภายใต้ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๒.๑ ยุทธศาสตร์การจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนการขับเคลื่อนการสร้างและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพแห่งชาติ และในระดับภูมิภาคอาเซียน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

๒.๒ ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพระดับชาติ (ตามกลุ่มวัย)

๒.๓ ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพระหว่างประเทศ

๒.๔ ยุทธศาสตร์การศึกษาวิจัยด้านความฉลาดทางสุขภาพ

๒.๕ ยุทธศาสตร์การติดตามและประเมินผลความฉลาดทางสุขภาพ

๓. ควรมีการกำหนดนโยบายความร่วมมือระดับประเทศ โดยมีหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางในการพัฒนาความฉลาดทางด้านสุขภาพ นำแนวทางกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การจัดปัจจัยเอื้อ การรณรงค์และสื่อสารความรู้สุขภาพในชุมชน เพื่อเพิ่มฉลาดทางสุขภาพของประชาชนที่ชัดเจน ได้แก่ กองสุกศึกษา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเป็นแกนกลางในระดับพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับประชาชนทุกกลุ่มวัยในระดับพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่าน ซึ่งผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงคือท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรถัย กักพล ท่านเอกอัครราชทูตเพ็ญศักดิ์ ชลารักษ์ ท่านรองศาสตราจารย์ ดร. สมภพ มานะรังสรรค์ ซึ่งได้กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำทางด้านวิชาการ รวมทั้งกรุณาช่วยตรวจสอบ แก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณ ดร.อนันต์ มาลารัตน์ ภาควิชา สุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ที่ให้ความรู้และคำปรึกษาด้านวิชาการในเรื่องของHealth Literacy และการตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอเมืองราชบุรี สาธารณสุขอำเภอโพธาราม และ สาธารณสุขอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน และช่วยเหลือการดำเนินการศึกษาในพื้นที่ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คณะเจ้าหน้าที่กอง สุขศึกษา และคณะเจ้าหน้าที่สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ และเพื่อนนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ รวมทั้งผู้ที่มีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนทั้ง กำลังกายและกำลังใจเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์ใดๆ ที่เกิดขึ้นจากผลการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ ขอให้จงได้ส่งผลอันเป็นมหาคุณไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งที่กล่าวนามและไม่ได้กล่าวนามยิ่งๆ ขึ้นไป ตลอดกาลนานเทอญ

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี

สิงหาคม ๒๕๕๖

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
สารบัญภาคผนวก	ฎ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๔
๑.๓ สมมติฐานในการวิจัย	๔
๑.๔ ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา	๔
๑.๕ ประโยชน์ของการศึกษา	๖
๑.๖ นิยามศัพท์ / การจำกัดความหมายของคำศัพท์ที่สำคัญ	๗
บทที่ ๒ แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๙
๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ	๙
๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	๑๒
๒.๓ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพและการวัดความฉลาดทางสุขภาพ	๒๐
๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๒๕
๒.๕ กรอบแนวคิดในการวิจัย	๒๘
บทที่ ๓ ผลการศึกษา	๒๙
๓.๑ ตอนที่ ๑ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๒๙
๓.๒ ตอนที่ ๒ ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	๓๐
๓.๓ ตอนที่ ๓ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส จำแนกตามปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ	๓๑
๓.๔ ตอนที่ ๔ ผลการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข	๓๕

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ ๔ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๔๐
๔.๑ สรุปผลการศึกษา	๔๐
๔.๒ อภิปรายผลการวิจัย	๔๕
๔.๓ ข้อเสนอแนะ	๕๐
บรรณานุกรม	๕๔
ภาคผนวก	๖๐
ประวัติผู้เขียน	๑๐๕

สารบัญตาราง

ตารางที่ ๑ แนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

๒๒

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบที่ ๑ การวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมการบริโภคตามกรอบแนวคิด PRECEDE
MODEL

๑๕

ภาพประกอบที่ ๒ กรอบแนวคิดการวิจัย

๒๘

สารบัญภาคผนวก

ภาคผนวก

ก	ตาราง จำนวนและร้อยละของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา	๖๑
ข	(๑) ตาราง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ	๖๒
	(๒) ตาราง ผลการจัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วนขององค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพของประชาชน	๖๒
ค	(๑) ตาราง จำนวนและร้อยละของความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๖๓
	(๒) ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๖๔
ฆ	ตาราง จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๖๖
ง	ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๖๗
จ	ตาราง จำนวนและร้อยละของทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๖๘
ฉ	ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๖๙
ช	ตาราง จำนวนและร้อยละของทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๗๐

สารบัญภาคผนวก (ต่อ)

ภาคผนวก

ซ	ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๗๑
ฌ	ตาราง จำนวนและร้อยละของทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๗๒
ญ	ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๗๓
ฎ	ตาราง จำนวนและร้อยละของการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๗๔
ฏ	ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	๗๕
ฐ	ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามที่อยู่อาศัย	๗๖
ฑ	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรที่อยู่อาศัยด้วยวิธีการของทูกี	๗๗
ฒ	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรที่อยู่อาศัยด้วยวิธีการของทูกี	๗๘
ณ	ตาราง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ ตามตัวแปรเพศ	๗๙
ด	ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามช่วงอายุ	๘๐

สารบัญภาคผนวก (ต่อ)

ภาคผนวก

ด	ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามอาชีพ	๘๑
ถ	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูเก้	๘๒
ธ	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูเก้	๘๓
ท	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูเก้	๘๔
น	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูเก้	๘๕
บ	ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามระดับการศึกษา	๘๖
ป	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูเก้	๘๗
ผ	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูเก้	๘๘
ฝ	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูเก้	๘๙
พ	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูเก้	๙๐

สารบัญภาคผนวก (ต่อ)

ภาคผนวก

พ	ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาด ด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตาม หลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูกี	๙๑
ภ	ประเด็นการสนทนากลุ่ม“การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓อ ๒ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง”	๙๒
ม	แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	๙๖

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาในสังคมไทยโดยเฉพาะในแวดวงสุขภาพ และการศึกษามักจะได้ยินคำว่าความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีการให้ความสำคัญกับแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพมากขึ้น ความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. ๑๙๗๔ (Mancuso J.M., ๒๐๐๙) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย องค์กรองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, ๑๙๙๘) ได้มีการให้คำนิยามว่าเป็นทักษะทางสังคม และปัญญาซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล เพื่อให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศที่ได้รับ เพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นนิยามหรือการให้ความหมายในระดับนานาชาติครั้งแรก ถือเป็นนิยามที่ให้ไว้เป็นแนวทางให้ประเทศต่างๆ นำไปใช้เป็นฐานและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

จากการประชุมระดับโลก Global Health promotion Conference ครั้งที่ ๗ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา เมื่อวันที่ ๒๖ – ๓๐ ตุลาคม ค.ศ. ๒๐๐๙ ที่ผ่านมามีความสำคัญต่อความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy ในการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคล และการกระทำหรือการปฏิบัติตัวโดยรวมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งเน้นใน ๔ ประเด็นหลัก ได้แก่

- ๑) การเพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ
- ๒) การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ
- ๓) การเพิ่มการไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงรักษาสุขภาพ
- ๔) การพัฒนาการวัด/ประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้ง การรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพ

โดยองค์การอนามัยโลกได้รณรงค์และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกมุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพเพื่อสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน เนื่องจากการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อความสามารถของประชาชนในการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้^๑

^๑ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุจำเริญ. (๒๕๕๔). รายงานการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ (ระยะที่ ๑). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

ในเรื่องของการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ ดอน นัทบีม Nutbeam (๒๐๐๘) แห่ง Department of Public Health and Community Medicine University of Sydney ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health ๒๑st century โดยจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ เป็น ๓ ระดับ คือ

ระดับ ๑ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/ Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน (เป็นความรู้และทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ, มุลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย) โดย คิกบุช^๒ อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับ ๒ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative or Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกันรวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ ๓ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ (เป็นความสามารถที่จะคิดอย่างมีเหตุผล และใช้สารสนเทศ รวมถึงความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ต่างๆ ตามที่รัฐและกฎหมายกำหนดในการเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชนและสังคมสำหรับเอาชนะอุปสรรคเชิงโครงสร้างของวัฒนธรรมและสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเองและสังคม : มุลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย, ๒๕๕๓)

ในประเทศไทย นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุจำ (๒๕๕๔) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ (ระยะที่ ๑) ผลการศึกษาพบว่า โมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ ๓ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณดีมาก โดย ๔ องค์ประกอบจาก ๖ องค์ประกอบสำคัญที่มีความเหมาะสมสูง คือ ๑) ทักษะการจัดการตนเอง ๒) การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ๓) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ ๔) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเที่ยงตรงทั้งฉบับในระดับสูงมาก ($r = 0.86$) และมีอำนาจจำแนกดีมาก สามารถใช้จำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี แต่พบว่า ๒ องค์ประกอบที่เหลือยังมีความต้องการการพัฒนาเพิ่มขึ้น คือ องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน และองค์ประกอบด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษา ยังชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาด

^๒ Kickbusch, I.S. (2001). *Health Literacy: addressing the health and education divide*. Yale University School of Public Health. New Haven, CT, USA.

ทางสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ ที่สะท้อนถึงสุขภาพดีของประชาชนและบอกเป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขได้ จะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพในโรคที่ป้องกันได้ยังเป็นความจำเป็นและต้องการการพัฒนา รวมทั้งควรได้รับการสนับสนุนและผลักดันจากผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย

การดำเนินงานพัฒนาหรือเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพนั้น เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเร่งด่วน โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยที่พบว่าเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของแนวคิดในการจัดการระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองทั้งจากภายในและภายนอกค่อนข้างมาก ดังเช่นในกรณีของการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) โดยไทยนั้นเป็นหนึ่งใน ๓ เสาที่ผู้นำอาเซียน ที่ได้ลงนามเห็นชอบให้มีการจัดตั้งตามปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมืออาเซียน (Declaration of ASEAN Concord II หรือ Bali Concord II) เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่จะให้ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และสามารถแข่งขันกับภูมิภาคอื่น ๆ ได้ โดยอาเซียนได้จัดทำแผนงานเชิงบูรณาการที่เรียกว่า AEC Blueprint ประกอบด้วยแผนงาน ๔ ด้าน ที่จะนำไปสู่คุณลักษณะสำคัญของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ภายในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ (พ.ศ. ๒๕๕๘) คือ

๑) การเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียวกัน (Single Market and Production Base) ประกอบด้วย (๑) การเคลื่อนย้ายสินค้าอย่างเสรี (๒) การเคลื่อนย้ายบริการอย่างเสรี (๓) การเคลื่อนย้ายการลงทุนอย่างเสรี (๔) การเคลื่อนย้ายเงินทุนอย่างเสรี และ (๕) การเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมืออย่างเสรี นอกจากนี้ ยังได้รวมองค์ประกอบสำคัญอีก ๒ ส่วน ได้แก่การรวมกลุ่มสาขาสำคัญของอาเซียน (ผลิตภัณฑ์ยานยนต์ ผลิตภัณฑ์ไม้ ผลิตภัณฑ์ยาง สิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม ผลิตภัณฑ์เกษตร ผลิตภัณฑ์ประมง อิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีสารสนเทศ สุขภาพ การท่องเที่ยว การบิน และโลจิสติกส์) และความร่วมมือเพื่อยกระดับความสามารถในการแข่งขันของสินค้า/ผลิตภัณฑ์ด้านอาหาร การเกษตร และป่าไม้เข้าไว้ด้วยการเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียวกัน เป็นการพัฒนาเครือข่ายการผลิตในภูมิภาคและส่งเสริมขีดความสามารถของอาเซียนในการที่จะเป็นศูนย์กลางการผลิต ดึงดูดการลงทุน หรือเป็นส่วนหนึ่งของห่วงโซ่อุปทานของโลกโดยประเทศสมาชิกได้ร่วมกันพัฒนาภูมิภาคและมาตรการใหม่ ๆ ตามข้อริเริ่มทางเศรษฐกิจที่มีอยู่แล้ว

๒) การเป็นภูมิภาคที่มีขีดความสามารถในการแข่งขันสูง (Highly Competitive Economic Region) ประกอบด้วย (๑) นโยบายการแข่งขัน (๒) การคุ้มครองผู้บริโภค (๓) สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (IPR) (๔) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (๕) มาตรการด้านภาษี (๖) พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์การดำเนินงานที่สำคัญของทั้ง ๖ องค์ประกอบเพื่อนำไปสู่การเป็นภูมิภาคที่มีขีดความสามารถในการแข่งขันสูง

๓) การเป็นภูมิภาคที่มีพัฒนาการทางเศรษฐกิจที่เท่าเทียมกัน (Region of Equitable Economic Development) ประกอบด้วย (๑) การพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SME) ของประเทศสมาชิกโดยอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูล ตลาด การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และทักษะแรงงาน แหล่งเงินทุน รวมทั้งเทคโนโลยีและ (๒) ความริเริ่มในการรวมกลุ่มของอาเซียน (Initiatives for ASEAN Integration: IAI) เพื่อให้สมาชิกทุกประเทศได้รับประโยชน์จากการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ รวมทั้งเพื่อลดช่องว่างการพัฒนาทางเศรษฐกิจของกัมพูชา ลาว เมียนมาร์และ

เวียดนาม โดยครอบคลุมด้านโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การเสริมสร้างขีดความสามารถในการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจในภูมิภาค พลังงาน บรรยากาศการลงทุน การท่องเที่ยว การลดระดับความยากจนและการปรับปรุงคุณภาพชีวิต

๔) การเป็นภูมิภาคที่บูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลกได้อย่างสมบูรณ์ (Region Fully Integrated into the Global Economy) โดยดำเนิน ๒ มาตรการ คือ (๑) การเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรีและความตกลงว่าด้วยหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจกับประเทศนอกอาเซียน (๒) การมีส่วนร่วมในเครือข่ายห่วงโซ่อุปทานโลกโดยนำหลักปฏิบัติสากล มาตรฐานในการผลิตและจำหน่ายมาใช้ในภูมิภาค พัฒนาความช่วยเหลือทางวิชาการเพื่อยกระดับขีดความสามารถและผลิตภาพด้านอุตสาหกรรม และการเข้ามีส่วนร่วมในการรวมกลุ่มระดับภูมิภาคและระดับโลกให้กับประเทศสมาชิกที่มีระดับการพัฒนาต่ำกว่าของอาเซียน

ดังนั้น รายงานการศึกษาส่วนบุคคล จึงเป็นกระบวนการศึกษาเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการบริหารงานให้สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริง และจะก่อให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศต่อไป

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของคนไทยในปัจจุบันว่ามีระดับของความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับใด

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของบุคลากรสาธารณสุข ว่ามีสภาพเป็นเช่นไร

๑.๓ สมมติฐานในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยเฉพาะในส่วนของการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มประชาชนเป้าหมาย ไว้ดังนี้

- ๑) กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน
- ๒) กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน
- ๓) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน
- ๔) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน
- ๕) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน

๑.๔ ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา

ในการการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของคนไทย ในพื้นที่จังหวัดชายแดน โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวทางการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพตามคุณลักษณะ ๖ ด้าน ของกอง สุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และประยุกต์หลักการของดอน นัทปิม เพื่อใช้ในการจำแนกคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพเป็น ๓ ระดับ

๑.๔.๑ ขอบเขตของการศึกษา

๑.๔.๑.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย

๑) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้แก่ จังหวัดชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน จำนวน ๑ จังหวัด

๒) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน จำนวน ๑ จังหวัด ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้จังหวัดราชบุรี สุ่มเลือกอำเภอเป้าหมาย ตามลักษณะที่กำหนด จำนวน ๓ อำเภอ คือ

(๑) อำเภอเมืองราชบุรี จำนวน ๑ แห่ง

(๒) อำเภอที่ไม่ใช่อำเภอเมือง แต่มีขนาดใหญ่ (มีสถานบริการสาธารณสุขมากกว่า ๑๐ สถานบริการ) จำนวน ๑ แห่ง คืออำเภอโพธาราม

(๓) อำเภอที่ไม่ใช่อำเภอเมือง แต่มีขนาดเล็ก (มีสถานบริการสาธารณสุขน้อยกว่า ๑๐ สถานบริการ) จำนวน ๑ แห่ง คือ อำเภอวัดเพลง จำนวน ๔๐๐ คน ซึ่งได้มาโดยการเปิดตารางของ Taro Yamane เมื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ ๙๕ % และประชากร = ∞ ในแต่ละพื้นที่จังหวัด และเพื่อความครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บ ๔๕๐ คน

๑.๔.๑.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพประเทศไทย เพื่รองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข

๑) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้แก่ จังหวัดชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน และมีการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง

๒) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้แก่ จังหวัดชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน และมีการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง จำนวน ๑ จังหวัด ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้จังหวัดราชบุรี สุ่มเลือกอำเภอเป้าหมาย ตามลักษณะที่กำหนด จำนวน ๓ อำเภอ คือ อำเภอเมืองราชบุรี อำเภอโพธาราม และอำเภอวัดเพลง จำนวน ๑๕ คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

๑.๔.๒ วิธีการดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยประยุกต์ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผานวิธี ระหว่างระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณกับเชิงคุณภาพ ในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การสำรวจระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนคนไทยในพื้นที่จังหวัดชายแดน

ขั้นตอนที่ ๒ การสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุขในปัจจุบัน ในเขตพื้นที่ชายแดน

ขั้นตอนที่ ๓ การสังเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๒ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสภาพการดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพและระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เป็นจริง

๑.๔.๓ ขอบเขตด้านตัวแปร

๑) ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วยปัจจัยด้านชีวสังคมของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

๒) ตัวแปรตาม ประกอบด้วย

(๑) ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ตามคุณลักษณะ ๖ ด้าน ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

(๒) สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข

๑.๔.๔ ระเบียบวิธีการศึกษา

ในส่วนของขั้นตอนที่ ๑ ผู้วิจัยทำการตรวจแบบวัดและคัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไว้สำหรับการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

๑) ข้อมูลลักษณะสังคมประชากร โดยนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะข้อมูล

๒) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางสุขภาพตามลักษณะสังคมประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่มโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ ๒

๓) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางสุขภาพตามลักษณะสังคมประชากร ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ๒ กลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ ๑ และ ๓-๕

ในส่วนของขั้นตอนที่ ๒ ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปการสนทนากลุ่มในแต่ละจังหวัด แล้วดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการสรุปอุปนัย (Analytic induction) ในส่วนของขั้นตอนที่ ๓ ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๒ มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic induction)

๑.๕ ประโยชน์ของการศึกษา

ในการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนครั้งนี้จะทำให้ได้ผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์สูงสุดดังนี้

๑.๕.๑ ได้สารสนเทศที่ระบุถึงสถานการณ์ของระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของคนไทย และสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุขในปัจจุบัน

๑.๕.๒ ได้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย เพื่อปรับปรุง/แก้ไขแผนขับเคลื่อนการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการให้มีความพร้อมมากยิ่งขึ้น

๑.๖ นิยามศัพท์ / การจำกัดความหมายของคำศัพท์ที่สำคัญ

๑) ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง คุณลักษณะของผู้ที่มีทักษะความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการเข้าถึงข้อมูล มีทักษะการสื่อสารข้อมูล มีทักษะการตัดสินใจ มีทักษะการจัดการตนเอง และมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติการจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

๒) สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง สภาพกิจกรรม และกระบวนการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ให้เกิดขึ้นกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาท หน้าที่รับผิดชอบในพื้นที่นั้นๆ

๓) พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส หมายถึง ความคิดหรือการกระทำของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่แสดงออกถึงพฤติกรรมหลักตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอแนะ คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

๔) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส หมายถึง เป็นผู้มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส รู้วิธีการในการค้นหา และการใช้อุปกรณ์สืบค้น รวมไปถึงมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส และบริการสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส สระดับพื้นฐานไปจนถึงระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ถูกต้อง และทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส นอกจากนี้ยังต้องมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้ได้

๕) ความรู้ความเข้าใจ หมายถึงความสามารถทางสติปัญญาในการวิเคราะห์เพื่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ดี

๖) ทักษะการสื่อสาร หมายถึง การเป็นผู้มีความสามารถในการรับฟังการพูด การอ่าน การเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ดี สามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ถูกต้อง มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึคนึกคิดที่สอดคล้องหรือแตกต่างกันในบริบทสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ได้

๗) ด้านทักษะการตัดสินใจ หมายถึง การตัดสินใจ การต่อรอง การทำความเข้าใจเพื่อบรรลุความตั้งใจหรือทางเลือกที่ตนสามารถรับผิดชอบได้ เพื่อมีชีวิตที่ปลอดภัย มีความสุข ความพึงพอใจ ไม่ถูกบังคับ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ถูกกระทำรุนแรง

๘) ด้านทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตน สามารถทำตามแผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมาย และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ถูกต้อง

๙) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลภายใต้บริบทสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่สื่อนำเสนอ สามารถวิเคราะห์ตีความสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อตามหลัก ๓ อ ๒ ส เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น มีความสามารถในการตระหนักและตั้งคำถามในการประเมินข้อความจากสื่อตามหลัก ๓ อ ๒ ส เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน หรือสังคม ตัดสินใจอย่างมีเหตุผลเป็นต้น

๑๐) เพศ หมายถึง คุณลักษณะทางเพศตามกฎหมายของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัด จำแนกเป็น เพศชาย และเพศหญิง

๑๑) อายุ หมายถึง จำนวนปีนับตั้งแต่แรกเกิดของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัด ระบุเป็นจำนวนปีเต็ม

๑๒) อาชีพ หมายถึง กิจกรรมการทำงานที่ก่อให้เกิดเป็นรายได้หลักในการยังชีพของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัด จำแนกเป็น ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกร ลูกจ้าง ค้าขาย นักเรียน/นักศึกษา และอื่นๆ

๑๓) ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัด จำแนกเป็น อ่านออกเขียนได้ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

๑๔) จังหวัดชายแดน หมายถึง จังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน คือ ลาว กัมพูชา เมียนมาร์ และมาเลเซีย

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

๑. แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ
๒. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส
๓. การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพและการวัดความฉลาดทางสุขภาพ
๔. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๕. กรอบแนวคิดในการวิจัย

๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ

๒.๑.๑ พัฒนาการ คำนิยาม และความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. ๑๙๗๔ (Mancuso J.M., ๒๐๐๙) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยาม โดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. ๑๙๙๘ มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า Health literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน สมิทธิ และคณะ (Smith et al., ๒๐๐๔)

ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๒ มีบทความวิจัยและรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ (adult) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (elder) กลุ่มเด็ก (child/ children) และกลุ่มวัยรุ่น (adolescent) ตามลำดับ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ๒๕๕๓) รวมทั้งมีการนำเสนอกรอบแนวคิดจากนักวิจัย และนักการศึกษาที่หลากหลาย กระนั้นก็ตาม ยังมีการอธิบายความหมายในมุมมองที่แตกต่างกันอยู่บ้างตามประสบการณ์และทัศนะของนักวิชาการ

๒.๑.๒ คำนิยามและความหมาย

คำนิยามที่มีปรากฏในรายงานการศึกษาและบทความที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

องค์การอนามัยโลก (๑๙๙๘) นิยามว่า “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้

และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น” (สวรส., ๒๕๔๑)

คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (๑๙๙๙: ๕๕๓) ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ”

สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc. (๒๐๐๐) นิยาม Health literacy ว่า “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับ ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ”

โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People ๒๐๑๐) ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. ๒๐๐๐ นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหาตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูล พื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ Institute of Medicine: IOM (๒๐๐๔) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

ดอน นัทบีม (Nutbeam D.; ๒๐๐๐, ๒๐๐๘) นิยามไว้ดังนี้ (๑) “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และ ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อ ให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบท ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง” (ปี ค.ศ.๒๐๐๐ (๒) “สมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ ด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต” (ปี ค.ศ.๒๐๐๘) และ (๓) “ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรง จูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อ ส่งเสริมและรักษาสุขภาพ” (ปี ค.ศ.๒๐๐๙)

ซาร์คาโดลาส พลีเซนต์ และเกียร์ (Zarcadoolas C., Pleasant A. & Greer D.S., ๒๐๐๕: ๙๖-๙๗) นิยามว่า “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถ ของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสาร สาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็น แนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

คิกบัสช์ และแม็ก (Kickbusch & Maag อ้างใน Pleasant A. & Kuruvilla S., ๒๐๐๘) นิยามว่า “ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในชีวิตประจำวัน และมีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วย ตนเอง”

เพลียเซน และคุรุวิลลา (Pleasant A. & Kuruvilla S., ๒๐๐๘) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดี และ ลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ”

อิชิคาวา และคณะ (Ishikawa H. et al., ๒๐๐๘) นิยามว่า “ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม”

สุนน อมรวิวัฒน์ ให้แนวคิดที่ว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ คือ ความเป็นสุขอย่างฉลาด” เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ การเรียนรู้เพื่อรู้ (learning to learn) หรือการฝึกฝนให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (learning to do) หรือการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ที่แวดล้อม การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (learning to live together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของมวลมนุษย และการเรียนรู้เพื่อชีวิต (learning to be) หรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการที่จำเป็น ประพฤติตนด้วยความรับผิดชอบและอย่างเป็นธรรม

นอกจากนี้จากการทบทวนนิยามและความหมายของ Health literacy พบว่า ยังมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็น ปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่างๆ คำนิยามที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุด เป็นนิยามของดอน นัทบีม (Nutbeam D.) ซึ่งเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะ ของบุคคล ส่วนนิยามอื่นๆ มีความแตกต่างออกไป เช่น การอ่านข้อความ การคำนวณตัวเลข ความจำ ความรู้ การทำความเข้าใจ การตัดสินใจหลังจาก ใช้ข้อมูล และความเท่าเทียมด้านสุขภาพ เป็นต้น

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้น จากการจำแนก ระดับของดอน นัทบีม (Nutbeam D.; ๒๐๐๐, ๒๐๐๘) คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเขียนบทความวิจัยเรื่อง Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health ๒๑st century จำแนกความฉลาดทางสุขภาพเป็น ๓ ระดับ คือ

ระดับ ๑ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยคิกบัสช์ (Kickbusch, ๒๐๐๑: ๒๙๒) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับ ๒ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/Interactive Health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร ที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ ๓ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ Critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual action) และ การมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส

๒.๒.๑ ความหมายพฤติกรรม

โกลเดนสัน (Goldenson. ๑๙๘๔ : ๙๐) ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมว่า เป็นการกระทำหรือตอบสนองการกระทำทางจิตวิทยาของแต่ละบุคคล และเป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมาย สังเกตเห็นได้หรือเป็นการกระทำต่างๆที่ได้ผ่านการใคร่ครวญมาแล้ว หรือเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว

ซาดา จิตพิทักษ์ (๒๕๒๕ : ๑๖) ให้ความหมายพฤติกรรม คือ การกระทำของบุคคล ไม่เฉพาะสิ่งที่แสดงปรากฏออกมาภายนอกเท่านั้น แต่รวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล สังเกตเห็นไม่ได้โดยตรง เช่น คุณค่า เจตคติ ความคิดเห็น ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (๒๕๒๖ : ๑๕) ให้ความหมายของพฤติกรรม คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่เช่น การเดิน การพูด การเกิดความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ การทำงานของหัวใจ เป็นต้น

โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ (๒๕๓๓ : ๓) ให้ความหมายพฤติกรรม หมายถึง การกระทำทั้งหมดที่สังเกตได้ เช่น การพูด การเดิน การเต้นของหัวใจ และยังรวมถึงกระบวนการของจิต เช่นการรับรู้ การคิด การจำ และการรู้สึก

กันยา สุวรรณแสง (๒๕๓๖ : ๙๒) ให้ความหมายพฤติกรรม หมายถึง อาการ บบบาท ลีลา ท่าที ความประพฤติ การกระทำที่แสดงออกให้ปรากฏ สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือ มิฉะนั้นก็สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

เฉลิมพล ต้นสกุล (๒๕๔๑ : ๒) ให้ความหมายพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและ กิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่ก็สามารถสังเกตได้ สามารถแบ่งพฤติกรรม ออกเป็น ๒ ประเภท คือ

๑) พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรืออาจใช้เครื่องมือช่วย

๒) พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

จากคำจำกัดความต่างๆของพฤติกรรมที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น สรุปได้ว่าพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือ การแสดงออกของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและสิ่งเร้า

ภายนอกทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ โดยบุคคลที่อยู่รอบๆตัวสังเกตเห็นได้หรือไม่ได้แต่สามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้

๒.๒.๒ องค์ประกอบของพฤติกรรม

พฤติกรรมทางการศึกษามีองค์ประกอบ ๓ ด้าน (Bloom. ๑๙๗๕ : ๖๕-๑๙๗) ดังนี้

๒.๒.๒.๑ พฤติกรรมทางด้านพุทธิสัย (Cognitive domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทักษะทางสติปัญญา จำแนกได้ ดังนี้

๑) ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

๒) ความเข้าใจ (Comprehensive) เป็นความสามารถในการแปลความตีความและการคาดคะเน

๓) การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) เป็นความสามารถที่จะนำความรู้ ความเข้าใจจากกฎเกณฑ์ และหลักการต่างๆ ที่ได้เรียนไปแล้วไปใช้กับสถานการณ์ใหม่ๆ

๔) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการแยกแยะส่วนประกอบของเรื่องที่สมบูรณ์ให้กระจายออกเป็นส่วนต่างๆ

๕) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมข้อมูลส่วนย่อยๆ มาพิจารณาจัดรวมเป็นหมวดหมู่

๖) การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าโดยใช้เกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องประกอบ

๒.๒.๒.๒ พฤติกรรมทางด้านเจตพิสัย (Affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที เจตคติ ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า เป็นต้น ที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่นๆ สิ่งของ สถานการณ์หนึ่ง หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ แบ่งเป็นขั้นตอนการเกิด ได้ดังนี้

๑) การรับหรือการให้ความเข้าใจ (Receiving or attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น

๒) การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อสิ่งเร้า

๓) การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบค่านิยมต่างๆเข้าเป็นกลุ่ม

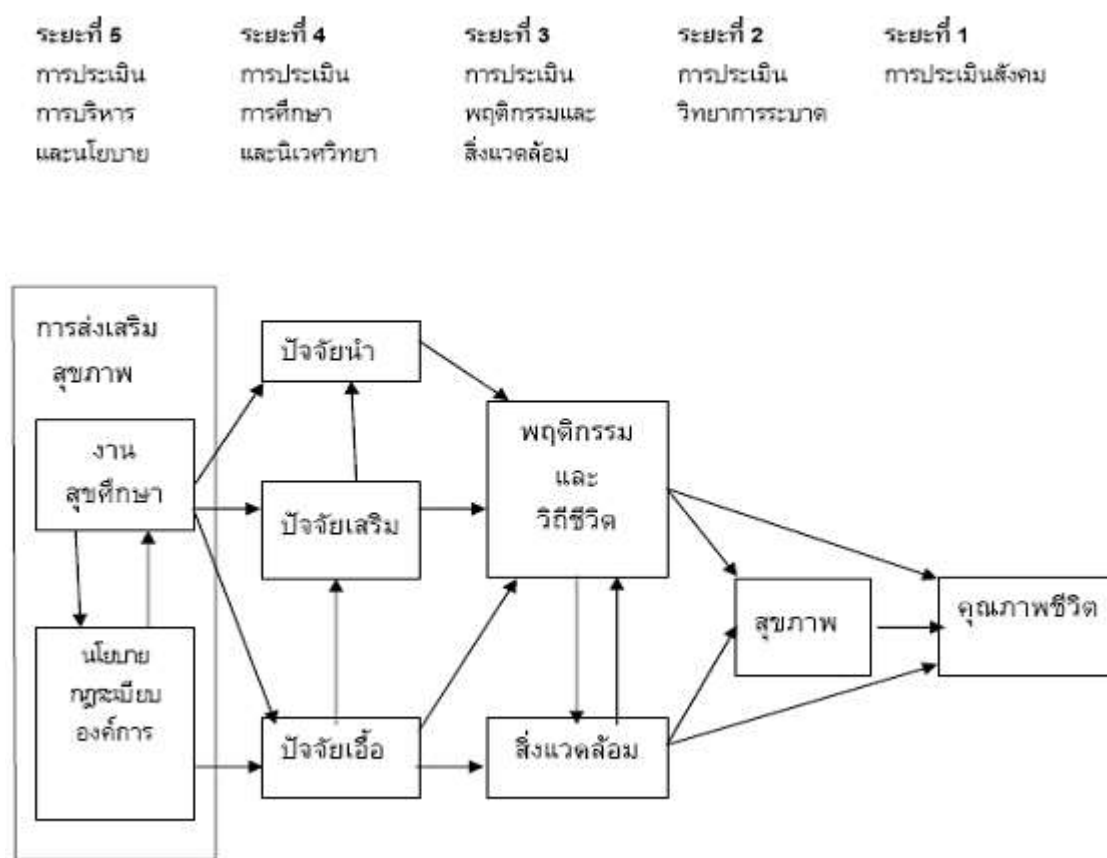
๔) การแสดงตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) เป็นขั้นที่ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิดและจัดอันดับค่านิยมจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดคอยควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออก ในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแนวทางการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

๒.๒.๒.๓ พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายแยกย่อยได้ เป็น ๕ ขั้นตอน ดังนี้

- ๑) การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบ หรือตัวอย่างที่น่าสนใจ
- ๒) การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ
- ๓) การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง
- ๔) การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง
- ๕) การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

๒.๒.๓ แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

PRECEDE Model หรือ PRECEDE Framework ซึ่งเป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพ โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Green (๑๙๘๐) ที่มีแนวคิดที่ว่า “ พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจาก สหปัจจัย (Multiple Factors) ” ดังนั้นจึงจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพโดยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (Green; & Kreuter.๑๙๙๙: ๑๕๗-๑๘๓) ดังภาพประกอบ ๑



ภาพประกอบ ๑ การวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมการบริโภคตามกรอบแนวคิด PRECEDE MODEL

ที่มา : Lawrence W. Green. (๑๙๙๙). *Health Promotion Planning an Education and Ecological Approach* p. ๓๕

๑) **ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)** หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล

๒) **ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)** หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่เอื้ออำนวย (Facilitate) ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน ประกอบด้วย ทักษะ (Skill) ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ (Affordability) การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วย ให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา (Cost) ระยะทาง (Distance) เวลา (Time)

๓) **ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)** หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของค่า

ชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี่ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นกับการดำเนินงานในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานในโรงเรียน หรือ สถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน นักศึกษา

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green และคณะ ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเฉพาะ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุของพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่าสาเหตุของพฤติกรรมควรเรียงลำดับความหมาย ดังต่อไปนี้

- ๑) เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
- ๒) การดัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นแล้ว
- ๓) เป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากพฤติกรรมนั้นแล้ว
- ๔) ต้องมีการเสริมแรงและทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
- ๕) ในการเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้นอาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยอื่นด้วย

โดยหลักของ PRECEDE Framework การดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ถ้ามีผลต่อบุคคล หรือกลุ่มเป้าหมายในลักษณะที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแล้วย่อมจะมีผลต่อพฤติกรรมทั้งสิ้น เพราะเมื่อใดก็ตามปัจจัยทั้ง ๓ ด้าน มีความเหมาะสมสอดคล้องกันทั้งในระดับและทิศทางก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมได้ในที่สุด

๒.๒.๔ แนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก ๓ อ ๒ ส

กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนะแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไว้ชื่อ โดยใช้หลัก ๓ อ ๒ ส ซึ่งมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

๒.๒.๔.๑ อ ๑ อาหาร มีพฤติกรรมการกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยให้ได้รับสารอาหาร ๖ ชนิด ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

อาหารหมู่ที่ ๑ : เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ ซึ่งจะให้สารอาหารโปรตีนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งวิตามินและแร่ธาตุ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตโดยการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ กระดูก ฮอรโมน เอนไซม์ และใช้เป็นแหล่งของพลังงานของร่างกาย เมื่อร่างกายได้รับอาหารคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ

อาหารหมู่ที่ ๒ : ข้าว แป้ง เผือก มัน และน้ำตาล ซึ่งให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ มีหน้าที่หลักในการให้พลังงาน แต่ถ้ารับประทานอาหารพวกนี้ในปริมาณมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย สารอาหารคาร์โบไฮเดรตจะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปไขมัน และสะสมในร่างกาย

อาหารหมู่ที่ ๓ : ผักต่างๆ เช่น ผักบุ้ง กระน้ำ ตำลึง ถั่วฝักยาว แตงกวา ฟักทอง ฯลฯ

อาหารหมู่ที่ ๔ : ผลไม้ต่างๆ เช่น มะละกอ กัลยัม ส้ม มะม่วง สับปะรด ฝรั่ง ฯลฯ

อาหารหมู่ที่ ๓ และหมู่ที่ ๔ นี้สามารถรับประทานได้มาก เพราะผักและผลไม้เป็นแหล่งของสารอาหารจำพวกวิตามิน และแร่ธาตุช่วยให้ร่างกายปรับสมดุล ทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานได้ตามปกติ ช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย และอุดมไปด้วยเส้นใยอาหารและสารพฤกษเคมี (photochemical) ซึ่งช่วยป้องกันโรคมะเร็งบางชนิดได้ และช่วยให้ระบบขับถ่ายดี

อาหารหมู่ที่ ๕ : ไขมันต่างๆ ทั้งจากสัตว์และพืช ซึ่งให้สารอาหารไขมัน มีหน้าที่หลักในการให้พลังงาน และกรดไขมัน แต่ถ้ากินอาหารประเภทนี้มากเกินไปจะถูกสะสมในรูปไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย

พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เกิดโรคอ้วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากกว่าปกติ มี ๒ ประเภท คือ อ้วนลงพุง และอ้วนทั้งตัว หรือบางคนเป็นทั้ง ๒ ประเภทร่วมกัน จะมีโรคแทรกซ้อนจากการที่มีน้ำหนักตัวมาก ได้แก่ โรคไขข้อ ปวดข้อ ข้อเสื่อม ปวดหลัง ระบบหายใจทำงานติดขัด เป็นต้น เราสามารถวินิจฉัยโรคอ้วนทั้งตัวด้วยค่าดัชนีมวลกาย และวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุงด้วยการวัดเส้นรอบเอว ดังนี้

นอกจากโรคอ้วนแล้ว ภาวะโรคที่น่าสนใจอันเป็นสาเหตุจากพฤติกรรม คือ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ และมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ภาวะเริ่มต้นอาจดูแลทางด้านการรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การจัดการทางด้านโภชนาการในการป้องกันและ รักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อนอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือด ที่จะไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าและน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือด ไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ความดันโลหิตสูงเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดง แข็งตัวโดยผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นเพื่อพยายามให้เลือดไหลผ่าน หลอดเลือดที่มีสิ่งมาเกาะตามผนัง เช่น ไขมัน และสิ่งอื่น ด้วยเหตุผลที่ว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในสมอง โรคไตและโรคของหลอดเลือดของหัวใจ ใช้เครื่องวัดความดัน วัดความดันโลหิตได้ค่าเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า (ค่าปกติจะอยู่ประมาณ ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท) ตัวเลขแรก แสดงถึงแรงดันในเส้นเลือดแดง เมื่อหัวใจฉีดเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายแต่ละครั้ง คือ systolic ตัวเลขที่สอง แสดงถึงแรงดันในเส้นเลือดแดง เมื่อหัวใจอยู่ในช่วงพักระหว่างการสูบฉีดเลือดแต่ละครั้ง คือ diastolic บางครั้งคนชอบเรียกว่าตัวบน กับตัวล่าง องค์การอนามัยโลก ให้คำนิยามว่า คือการที่ความดันสูงกว่า ๑๔๐/๙๐ มากกว่า ๒ ครั้งในการวัดห่างกัน ๑ เดือนขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง ความดันตัวล่าง จะถือว่ามีความสำคัญกว่า เช่นในผู้สูงอายุที่มีความดันตัวบนสูงอย่างเดียว อาจเป็นปกติจากเส้นเลือดขาดความยืดหยุ่นได้ แต่ถ้าตัวล่างสูง จะมีปัญหาทันทีซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน ส่วนน้อยมีสาเหตุจากโรคของไต ต่อมหมวกไต โรคทางระบบประสาทส่วนกลาง โรคของหลอดเลือด

แดงและอื่นๆ แต่ไม่ว่าความดันโลหิตของคุณจะสูงจากสาเหตุใดๆ ก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องพยายามควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติให้ได้ อาการ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ยกเว้นจะมีบางคน มีน้า บริเวณท้ายทอย หรือถ้าขึ้นสูงมาก ๆ อาจมีอาการของเส้นเลือดตีบในสมอง วิงเวียน ตาลาย อ่อนแรง อาเจียน นั้นหมายถึงต้องมาพบแพทย์ด่วน ถ้าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จะมีภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ หัวใจล้มเหลว (หัวใจวาย) อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือไตวาย

๒.๒.๔.๒ อ ๒ ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ ๕ วัน และในแต่ละวันออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อยครั้งละ ๓๐ นาที การออกกำลังกายที่สมบูรณ์แบบ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ ว่ายน้ำ วิ่ง ปั่นจักรยาน เดินเร็ว กระโดดเชือก แอโรบิกแดนซ์ และโยคะ เป็นต้น จะทำปอดหัวใจ หลอดเลือดตลอดจนระบบ ไหลเวียนทั่วร่างกายแข็งแรง ทนทาน และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการบาดเจ็บ จากการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรปฏิบัติ ๓ ขั้นตอนคือ (๑) การอบอุ่นร่างกาย (๒) การออกกำลังกาย และ (๓) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วิธีการทดสอบว่าออกกำลังกายเพียงพอในแต่ละครั้ง ทำได้ด้วยการวัด อัตราเต้นของหัวใจโดยการจับชีพจรหลังออกกำลังกายเสร็จ หรืออาจดูง่ายๆจากความเหนื่อยของตัวผู้ ออกกำลังกาย เนื่องจากความแตกต่างของสมรรถนะในแต่ละคน จึงไม่ได้กำหนดอัตราเต้นของหัวใจ ไว้ตายตัว แต่จะกำหนดไว้กว้างๆ ที่นิยมในปัจจุบันคือ ให้จับชีพจรหลังหยุดออกกำลังกายทันทีให้อยู่ ระหว่าง ร้อยละ ๖๕ – ๘๐ ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ (Maximum heart rate) โดยวิธีคิดดังนี้

เอาอายุตัวไปลบด้วย ๒๒๐ ได้เท่าไร ก็เอาอัตราเต้นที่เป็นเป้าหมาย (ร้อยละ ๖๕ – ๘๐) มาคูณ

$$\begin{aligned}\text{ตัวอย่าง อายุตัว } ๔๐ \text{ ปี ก็จะมีอัตราเต้นหัวใจสูงสุด} &= ๒๒๐ - ๔๐ \\ &= ๑๘๐ \text{ ครั้ง/นาที}\end{aligned}$$

ถ้าต้องการออกกำลังกายให้อัตราเต้นหัวใจเป้าหมายเป็นร้อยละ ๗๐
ชีพจรหลังหยุดออกกำลังกายทันทีจะอยู่ที่ $= ๑๘๐ \times ๐.๗๐$
 $= ๑๒๖ \text{ ครั้ง/นาที}$

๒.๒.๔.๓ อ ๓ อารมณ์ มีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุข และสามารถแสดงบทบาท(สอดคล้องกับบทบาท) ในการเป็นแกนนำ **อารมณ์** หรือ ความรู้สึก ความเป็นไปแห่งจิตใจในขณะหรือช่วงเวลาหนึ่งๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมาก มักมี คำพูดที่กล่าวว่า “ กายและจิตสัมพันธ์กัน ” ถ้าอารมณ์เสีย ขุ่นมัว ก็จะสนับสนุนการเกิดสุขภาพที่ทรุดโทรม แต่ถ้าอารมณ์ดี แจ่มใส ก็จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์ เพื่อให้เสริมสร้างภาวะอารมณ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการ ทั้งทางด้านป้องกันและด้านส่งเสริมหลายระดับ ดังนี้

๑) การประกอบอาชีพโดยสุจริต กล่าววาจาโดยชอบ ไม่เบียดเบียนผู้อื่น และไม่ตกเป็นทาสของเครื่องเสพติดมีนเมาให้โทษต่างๆ

๒) ขยันขันแข็ง และความมีน้ำใจในการช่วยเหลือในกิจการงาน

๓) ทำงานอย่างเป็นสุข การทำงานด้วยความตั้งใจเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง โดยหวังเกื้อกูลผู้อื่น ย่อมก่อให้เกิดความปิติ ความภูมิใจและรู้สึกเป็นสุข

๔) การออกกำลังกายจนเหงื่อออกพอสมควรเป็นประจำทุกวัน ทำให้ระบบประสาทคลายความเครียด

๕) อย่าวิตกกังวลในเรื่องต่างๆมากเกินไปผู้ที่คิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตัวเองตลอดเวลา เช่น กลัวจะไม่รวย กลัวจะขาดทุน กลัวจะไม่สวย กลัวคนจะไม่รัก กลัวจะไม่มีชื่อเสียง กลัวคนนินทาว่าร้าย กลัวจะเป็นโรคนั้นโรคนี ย่อมทำให้จิตใจไม่เป็นสุขและเกิดความเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้นจริงๆ

๖) การฝึกแผ่ความรัก หรือแผ่เมตตาเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง เมตตาเป็นเครื่องบำบัดความโกรธและพยาบาทได้ เราต้องฝึกเมตตาให้ขยายขอบเขตออกไปเรื่อยๆ จะทำให้ใจของเราสงบคลายความหงุดหงิดและรำคาญ จิตของเราขณะที่แผ่เมตตานี้จะอยู่ในภาวะที่เป็นกุศล เมื่อมีการพูดจาติดต่อกันกับผู้อื่นก็เป็นไปด้วยดี

๗) การสวดมนต์ภาวนา เป็นการบริหารจัดการอย่างสูง มนุษย์เรียนรู้ความทุกข์จากการที่จิตฝึกใฝ่อยู่แต่ในเรื่องของตนเอง จึงเกิดมีการสวดมนต์ขึ้น ถ้าจิตใจจดจ่ออยู่ในคำสวด ก็เป็นการเอาจิตออกจากความจดจ่อในเรื่องของตัวเอง ทำให้จิตสงบที่เรียกว่า”สมาธิ”

๒.๒.๔.๔ ส. ๑ สูบบุหรี ไม่เสพติดบุหรี เป็นบุคคลตัวอย่างของผู้ไม่สูบบุหรี

บุหรีเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ถึงแม้ว่าจะเสพได้โดยไม่ผิดกฎหมายแต่พิษภัยของบุหรีก็ร้ายแรง เพราะในควันบุหรีมีสารพิษอยู่มากมาย คือ

๑) นิโคติน มีลักษณะเป็นน้ำมัน ไม่มีสี มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง

๒) ทาร์ เป็นน้ำมันเหนียวข้น สีน้ำตาล จะเข้าไปจับอยู่ที่ปอดทำให้ระคายเคือง อุดตันในปอดขยายขึ้น

๓) คาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง

๔) ไนโตรเจนไดออกไซด์ ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้ถุงลมโป่งพอง

๕) ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมชนิดมีขนมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปทำลายหลอดลมได้ง่าย ซึ่งสารเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรีและผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี

เคล็ดลับในการเลิกบุหรี

๑) ตั้งใจจริงที่จะเลิก ตั้งเป้าหมายว่าจะเลิกเพื่อใคร เพราะอะไร เลือกวันที่จะเลิก ทั้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรีให้หมด เช่นบุหรี และไฟแช็ค

๒) ตั้งสติให้มั่น เข้มแข็ง เมื่อมีอาการหงุดหงิด ตัดความเคยชิน หรือกิจกรรมว่างที่มักจะทำร่วมกับการสูบบุหรี หาที่พึ่งทางใจ กำลังใจจากคนรอบข้าง หรือให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถทำได้ เตือนตนเองอยู่เสมอว่า “คุณไม่สูบบุหรีแล้ว”

๓) คุมอาหารด้วยการเลือกกินอาหารจำพวกผัก ผลไม้ให้มากกว่าเดิม

๔) อย่าท้อถอยเมื่อทำไม่สำเร็จให้พยายามต่อไป และปรึกษาหน่วยงานช่วยเหลือ เช่น ศูนย์บริการเลิกบุหรีทางโทรศัพท์ ๑๖๐๐ เป็นต้น

๒.๒.๔.๕ ส. ๒ สุรา เป็นบุคคลที่เป็นแบบอย่างไม่ดื่มสุรา

สุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เมื่อดื่มสุรา แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมเข้าไปสู่กระแสเลือดไปยังประสาทส่วนกลาง ซึ่งถ้าดื่มติดต่อกันเป็นประจำจะทำให้ติดสุรา

ลักษณะผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำจนติดสุรา จะมีนัยน์ตาแดง ใบหน้าบวมดูมือสั่น เนื้อตัวสกปรก การแต่งกายไม่เรียบร้อย และถ้าไม่ได้ดื่มก็จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด ผื่นร้าย และประสาทหลอนการดื่มสุรามีโทษอยู่หลายประการ ดังนี้

๑) ทำให้เป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหาร โรคไตอักเสบ โรคหัวใจ

๒) มีพฤติกรรมก้าวร้าว พุดจาไม่สุภาพ เพราะบังคับตัวเองไม่ได้

๓) ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ๆ เช่น พลัดตกหกล้ม รถชนกัน

๔) ทำให้สติปัญญาและความสามารถในการทำงานลดลง ทำงานบกพร่องหรือผิดพลาดได้ง่าย

๕) ทำให้ครอบครัวมีปัญหา เช่น พ่อแม่ทะเลาะกัน ไม่มีเงิน

๖) สิ้นเปลืองเงินทองในการซื้อสุรา

๗) เป็นที่รังเกียจของผู้พบเห็น

วิธีหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

๑) ถ้ามีคนมาชักชวนให้ลองสูบบุหรี่และดื่มสุรา ควรปฏิเสธทันที

๒) อยู่ห่างจากผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา

๓) ไม่รับเครื่องดื่มหรือบุหรี่จากคนแปลกหน้า

๔) ศึกษาถึงโทษของการสูบบุหรี่และดื่มสุราในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวรู้ถึงผลเสียที่ได้รับจากบุหรี่และสุรา

๕) ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง เป็นต้น เพื่อจะได้ไม่หันไปพึ่งสารเสพติด

๒.๓ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพและการวัดความฉลาดทางสุขภาพ

๒.๓.๑ ความฉลาดทางสุขภาพกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคใช้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ ๓๘ (Sharif I. & Blank E.A., ๒๐๐๙)

บุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อุปกรณ์ ข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค (DeWalt et al., ๒๐๐๔) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (NAAL, ๒๐๐๓) และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง

(Baker D.W. et al., ๒๐๐๓) ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, ๒๐๐๙) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระหนักในด้านการรักษาพยาบาลจนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้

คุณลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น (Gazmararian & Baker et al., ๑๙๙๙) จากกรอบการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของเจนนิเฟอร์ เอ แมงกานัลโล (Jennifer A. Manganello, ๒๐๐๘) พบว่าปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม จะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าถึงสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ แมงกานัลโลได้จำแนกความฉลาดทางสุขภาพ เป็น ๔ ระดับ คือ functional, interactive, critical และได้เพิ่ม media literacy หรือการรู้เท่าทันสื่อไว้ในลำดับสุดท้ายของระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ โดยนิยามความหมายของ “การรู้เท่าทันสื่อ” ไว้ว่า “สภาวะที่เกิดจากความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ความหมายของเนื้อความ ประเมินคุณค่าและเจตนาที่สื่อนำเสนอผ่านเทคนิควิธีการต่างๆ”

มุมมองเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ซึ่ง แมงกานัลโล (Manganello) ถือว่าเป็นระดับสุดท้ายของความฉลาดทางสุขภาพนั้น ยังไม่ค่อยได้รับการตอบรับเท่าที่ควร นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องสื่อก็มีการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อขึ้น อาทิ การวิเคราะห์และประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ การจัดทำหลักสูตรสอนการรู้เท่าทันสื่อ ฯลฯ

ความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขศึกษา (Rootman, ๒๐๐๒) หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง ดอน นัทบีม (Nutbeam D., ๒๐๐๐) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบาย ความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพโดยตรง

จากการทบทวนองค์ความรู้และการศึกษาของกองสุศึกษาพบว่า คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทาง สุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลก สมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน ๖ ประการ ดังนี้ (๑) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) (๒) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) (๓) ทักษะการ

สื่อสาร (communication skill) (๔) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) (๕) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ (๖) การจัดการตนเอง (self-management)

ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจึงอาศัยการสร้างเสริม คุณลักษณะเหล่านี้เป็นแนวทาง โดยพัฒนาคุณลักษณะแต่ละด้านตั้งแต่ระดับแรก คือ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ระดับที่สอง ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/ interactive health literacy และระดับที่สาม คือ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ หรือ critical health literacy ซึ่งคณะทำงานของกองสุขศึกษา ได้ยกร่างแนวทางการจำแนกกระตบการ พัฒนาตามคุณลักษณะสำคัญที่กำหนดขึ้นร่วมกับภาคีเครือข่าย สำหรับใช้เป็นแนวทางพัฒนาเครื่องมือการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ แนวทางดังกล่าว ได้มาจากการสังเคราะห์ค่านิยมและความหมายที่กำหนดขึ้นจากหน่วยงาน ระดับชาติและรายงานผลการวิจัยที่ผ่านมา โดยยึดหลักการของดอน นัทปิม ที่จำแนกคุณลักษณะของความฉลาดทางสุขภาพเป็น ๓ ระดับ ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับ และคณะทำงานถือว่า “การรู้เท่าทันสื่อ” เป็นคุณลักษณะหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพตามที่ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของ แคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System: CERIS (๑๙๙๙) กำหนดไว้

อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้เรื่องนี้ในปัจจุบันยังไม่เป็นข้อยุติว่า คุณลักษณะทั้ง ๖ ด้านที่กำหนดขึ้นจำเป็นจะต้องวัดในทุกระดับ หรือจะสามารถกำหนดวิธีการวัดความฉลาดทางสุขภาพได้ทั้ง ๓ ระดับหรือไม่ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป สำหรับแนวทางจำแนกกระตบการ พัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามคุณลักษณะ ๖ ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ ๑ แนวทางจำแนกกระตบการ พัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่ม ความฉลาดทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจรรณญาณ (Critical Health Literacy)
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ (access)	มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ สืบค้นอาทิ คอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด ฯลฯ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการค้นหา ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และทันสมัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง จนข้อมูลมีความ น่าเชื่อถือ สำหรับการนำมาใช้
ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)	การรู้และการจำประเด็นเนื้อหาสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐานและสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	มีความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์ และ สามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ ถูกต้อง

คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่ม ความสำเร็จทางสุขภาพ	ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)
ทักษะการสื่อสาร (communication skill)	มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐาน และสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่น เข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการสื่อสารระดับ ปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าว ให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมี พฤติกรรมที่ถูกต้อง
ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)	มีความสามารถในการ กำหนดทางเลือกและ ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือ เลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจ ระดับพื้นฐานและมีความสามารถ ในการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีปฏิบัติซึ่งเป็น ทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้มี สุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจระดับ ปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดง ทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อย ต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดง ข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้ อย่างเหมาะสม
การจัดการตนเอง (self-management)	มีความสามารถในการ กำหนดเป้าหมายและ วางแผนในการปฏิบัติ ตนเพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องมีความสามารถในการ กำหนดเป้าหมายและ วางแผนในการปฏิบัติ ตนเพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐาน และสามารถทำตาม แผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมาย เพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้อง	มีการจัดการตนเองระดับ ปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถ ในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตน ตามเป้าหมายเพื่อนำมา ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)	มีความสามารถในการ ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลที่สื่อนำเสนอ เพื่อนำมาใช้ในการ ดูแล สุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐาน และสามารถเปรียบเทียบวิธีการ เลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความ เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของ ตนเองและผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับ ปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถ ในการ ประเมินข้อความสื่อเพื่อ ชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน หรือ สังคม

๒.๓.๒ การสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพมีแนวทางการพัฒนาดังนี้

๑) การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน ประเทศทั่วโลก ล้วนตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือและใช้อัตรา การรู้หนังสือ(literacy rate) ของประชาชนเป็นดัชนีสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพในการพัฒนา ประเทศชาติระบบที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนอ่านหนังสือมากขึ้น ได้แก่การทำให้หนังสือคุณภาพดีหา ได้ง่ายขึ้นในราคาที่ประชาชนทุกระดับสามารถซื้อหาได้การทำให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและ เชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก การส่งเสริมผู้ผลิตและจัดทำข้อมูล

สุขภาพในด้านต่างๆ เช่น แรงจูงใจด้านภาษีการจัดเรตติ้ง (rating) หนังสือเพื่อจำแนกกลุ่มผู้อ่าน การประชาสัมพันธ์หนังสือน่าอ่าน การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่สร้างโอกาสให้ประชาชนใช้เป็นช่องทาง และแหล่งฝึกฝนการอ่านและการเรียนรู้สำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้แผนงานก่อสร้างสรรค์สุขภาวะของเยาวชน (สสย.) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เสนอแนะยุทธศาสตร์ในการเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือได้แก่การกระจายสื่อไปถึงมือเด็กการรณรงค์ โดยใช้สื่อกระตุ้นการอ่านและสร้างมูลค่าเพิ่มจากการอ่าน ส่งเสริมหนังสือคุณภาพราคาเหมาะสม การปกป้องเด็กจากสื่อที่เป็นภัยและจัดอุปสรรคการอ่านของเด็ก

๒) การสร้างองค์ความรู้สำหรับพัฒนาการตัดสินใจการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่างๆเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายการรายงานพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถใช้เป็นดัชนีสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาประเทศได้นอกจากนี้ควรมีการแลกเปลี่ยนงานวิจัยระหว่างหน่วยงานและการพัฒนาโปรแกรมหรือโครงการที่มีผลในการเพิ่มระดับความฉลาดทางสุขภาพ

๓) เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ โลกทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจำนวนมาก ในทุกหนทุกแห่ง โดยเฉพาะในโลกสังคมออนไลน์ (social network) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้องทันสมัยได้ตลอดเวลา เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเอง และเผยแพร่ไปสู่บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในเครือข่าย ทั้งนี้ข้อมูลสุขภาพในระบบควรมีการออกแบบเนื้อหาที่เข้าถึงใจผู้ใช้บริการ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ช่องทางผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศมีการเพิ่มระดับการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยทำให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลมีความระมัดระวังและรักษามาตรฐานคุณภาพของข้อมูลที่ต้องทันสมัย และเชื่อถือได้รวมทั้งมีการประเมินและวิเคราะห์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพว่ามีความเหมาะสมกับผู้ต้องการใช้หรือไม่มาก-น้อยเพียงใดเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

๔) เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้เกิดพลัง เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้น หากประชาชนสามารถแสวงหาความรู้มาเพิ่มพูนทักษะและความสามารถให้สูงขึ้นแก่ตนเอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มจะสามารถต้านทานหรือควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ประชาชนก็จะมีภูมิต้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความฉลาดในการใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ

๕) การพัฒนาระบบที่เป็นมิตรกับผู้รับบริการได้แก่

(๑) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพทำได้โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพป้ายแนะนำตามจุดต่างๆป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดูผ่อนคลายโดยการเลือกใช้สีและการจัดวางสิ่งของที่ไม่มีบรรยากาศของความน่ากลัว การจัดให้เจ้าหน้าที่มีชุดรูปแบบหรือแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกตเห็นได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการ

(๒) การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขในระบบสุขภาพทุกวันนี้มีเวลาน้อยมากในการสื่อสารกับผู้มารับบริการทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและญาติหรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเองอันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของงาน การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพสามารถกระทำได้ด้วยวิธีการต่างๆได้แก่การพัฒนาการสื่อสารสองทาง การพูดให้ชัด และใช้เทคนิค “AskMem” ซึ่งพัฒนาโดย The Partnership for Clear Health Communication (Bryan C., ๒๐๐๗) แนะนำให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้หลักคำถามพื้นฐาน ๓ ข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัวภายหลังจากรับบริการแล้วดังนี้

ข้อ ๑ ปัญหาสุขภาพที่พบคืออะไร? (What is my medical problem?)

ข้อ ๒ อะไรบ้างที่จำเป็นต้องทำ? (What do I need to do?) และ

ข้อ ๓ สิ่งที่ต้องทำนั้นสำคัญอย่างไร? (Why is it important for me to do this?)

๖) การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ สื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพมีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดียและสื่อสาธารณะ การออกแบบควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเช่น คำนึงถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้แผนภาพหรือภาพถ่ายประกอบการสื่อความรู้ความเข้าใจ ใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและให้ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเป็นต้น

จะเห็นได้ว่าความฉลาดทางสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา “คนที่ฉลาดในวันนี้ก็มีใช้ว่าจะฉลาดตลอดไป” เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปกับกาลสมัย ดังนั้น การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพอยู่เสมอจึงจะเป็นหนทางช่วยให้เป็นคนทันโลกและทันโรค โดยอาศัย การเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของโรคภัยไข้เจ็บ ต่างๆ เมื่อบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว คนร่วมชุมชน และสังคมได้อีกด้วย

๒.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒.๔.๑ งานวิจัยในต่างประเทศ

Gazmararian & Baker et al. (๑๙๙๙) ศึกษาบทบาทการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนซึ่งมีการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาสเปนโดยใช้แบบวัด TOFHLA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่มีทักษะความฉลาดทางสุขภาพไม่เหมาะสมแตกต่างกันตามตัวแปรสำคัญได้แก่ เชื้อชาติ ภาษาหลักที่ใช้และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ ได้แก่ คนผิวดำ สูงอายุหรือมีอายุมากกว่า ๘๕ ปี และมีระดับการศึกษาต่ำ

Baker & Gazmararian et al. (๒๐๐๐) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับสุขภาพทางจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลการทดสอบสุขภาพทางจิตเบื้องต้น (The Mini Mental State Examination: MMSE) ซึ่งเป็นแบบวัดด้านพุทธิปัญญา (Cognitive)

Grubbs; & Carter. (๒๐๐๒ : ๗๖ – ๘๔) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาปริญญาตรีกลุ่ม ตัวอย่าง เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน ๑๔๗ คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์และ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาปริญญาตรีซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษามากที่สุดคือการที่มี รูปร่างที่ดี

Lamb; et al. (๒๐๐๒: Online) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของโครง การเดินเพื่อสุขภาพที่มีผู้นำในการเดินโดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีการออกกำลังกาย ในระดับปานกลาง ผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ เป็นบุคคลที่มีอายุ อยู่ในระหว่าง ๔๐-๗๐ ปี และเป็นผู้ที่มีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยผู้วิจัยได้แบ่งบุคคลออกเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง เป็นกลุ่มที่ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายในระดับปานกลาง คือ ประมาณ ๑๒๐ นาที ต่อสัปดาห์และได้รับรางวัลถ้าหากมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายตามโครงการที่ได้แนะนำ ไว้ ส่วนกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำเช่นเดียวกันกับกลุ่มที่หนึ่ง แต่จะเพิ่มด้วยการให้ข้อมูล และการสนับสนุนให้เข้าร่วมในโครงการการเดินเพื่อสุขภาพที่มีสมาชิกภายในชุมชนเป็นผู้นำในการ เดินผลการศึกษาพบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านพ้นไป ๑ ปี บุคคลในกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ได้ในระดับปานกลาง (๑๒๐ นาทีต่อสัปดาห์) มากกว่าบุคคลในกลุ่มหนึ่งอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาคั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโครงการเดินเพื่อสุขภาพที่มีผู้นำในการเดินก็ เป็นวิธีการที่ดีอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้

Elizabeth. (๒๐๐๒ : abstract) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าBMI การรับประทานอาหาร และการดูโทรทัศน์ วัตถุประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้คือ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวในเด็กวัยรุ่นของ Mexican-American (MA) หรือ African-American (AA) และนิสัยการดูโทรทัศน์ หรือการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นเด็กนักเรียนเกรด ๗ และ เกรด ๘ ทั้งเพศชายและเพศหญิงของ MA และ AA โดยเก็บข้อมูลส่วนสูง น้ำหนัก การรับประทานอาหารและ การออกกำลังกาย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักและการรับประทาน อาหาร น้ำหนักและนิสัยการดูโทรทัศน์ นิสัยการดูโทรทัศน์และการรับประทานอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าวัยรุ่นที่ดูโทรทัศน์จะรับประทานอาหารที่มีแคลอรีมากกว่า มีส่วนน้อยที่รับประทานผลไม้

Josep. (๒๐๐๔: ๒๖) ได้กล่าวไว้ว่าในงานวิจัยนี้เขียนขึ้นเพื่อแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินผลอย่างต่อเนื่องตามเนื้อหาของหลักสูตรและวิธีการสอนแบบเดิมในโปรแกรมการศึกษาของครูพลศึกษา เพื่อที่จะส่งข้อมูลที่ประยุกต์ตามแนวทฤษฎีในหัวข้อวิจัยเบื้องต้นของวิชา สรีรวิทยาที่ว่าด้วยการออกกำลังกาย งานวิจัยฉบับนี้ได้เสนอแนะผู้ที่ให้ความรู้แก่ครูพลศึกษาต้องจัดลำดับขั้นตอนเกี่ยวกับการสอนอย่างสงหลากหลายและสมบูรณ์ เพื่อที่จะช่วยให้นักเรียนรวบรวม ทฤษฎีวิชาสรีรวิทยาว่าด้วยการออกกำลังกายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อนำไปปฏิบัติการสอนวิชาพลศึกษาหลักสูตรนวัตกรรมที่มหาวิทยาลัยเวสต์เวอร์จิเนีย ได้ออกแบบเพื่อส่งเสริมความสามารถของนักเรียนในการเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติในขอบข่ายเนื้อหาของวิชาสรีรวิทยา รอดเจอร์ส (Rodgers. ๒๐๐๔: ๔๒๖) เรื่องวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามเพื่อพัฒนาการวัด ระดับ

ความพึงพอใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายภายใต้การทำงานของทฤษฎีการประเมินตัวเองของ ผู้วิจัย และเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความพอใจกับความมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย แบ่ง การศึกษาเป็น ๓ ระดับการศึกษา การศึกษาระดับ ๑ เป็นการวัดความพอใจทางจิตวิทยาเป็น ตัวเลข เกี่ยวกับการออกกำลังกายและวัด ๑๘ รายการเกี่ยวกับประสิทธิภาพ อิศรภาพ ความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกับเครื่องมือ และจะนำไปประเมินต่อในการศึกษาระดับ ๒ และ ๓ การค้นหาผลลัพธ์จาก แบบสอบถามนี้จะใช้เป็นตัววัดที่มีประโยชน์สำหรับการเข้าถึงประโยชน์จากการออกกำลังกายและ เป็นประโยชน์จากการรู้จักพิจารณา ประเมินตัวเองขั้นพื้นฐาน

Brown. (๒๐๐๕ : ๑๐๗ - ๑๑๖) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ที่มีต่อ พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน ๓๙๘ คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงการรับรู้ประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมาของนักศึกษา

Sharif I. & Blank E.A. (๒๐๐๙) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทาง สุขภาพกับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยใช้แบบวัด The Short Test of Functional Health literacy หรือที่เรียกว่า STOFHLA โดยวัดทั้งในส่วนของความเข้าใจใน การอ่าน (Reading comprehension) และตัวเลข (Numeric) ในกลุ่มเด็กที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน

๒.๔.๒ งานวิจัยในประเทศ

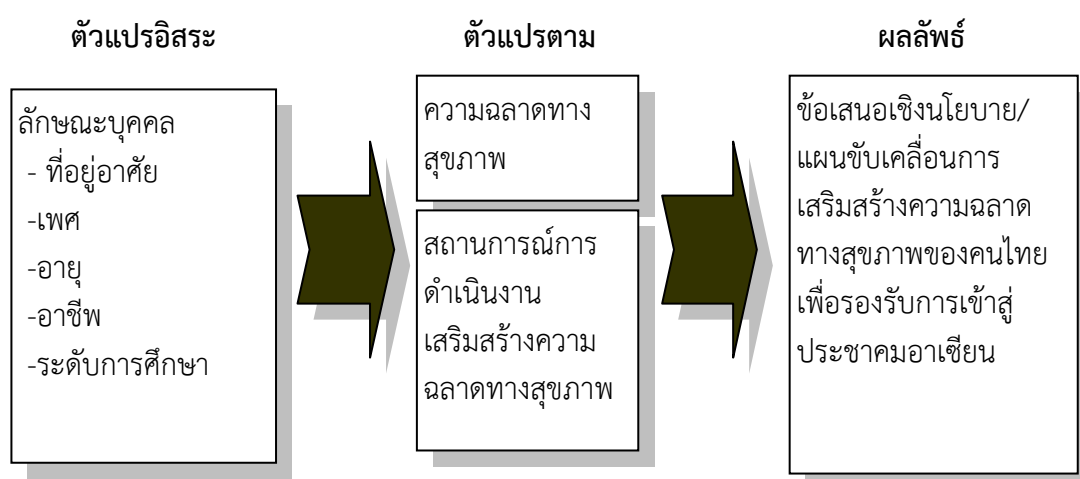
กัญญา แซโก (๒๕๕๒) ได้ศึกษา ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา จาก การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตาร้อยละ ๖๙.๕ มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ และมี เพียงร้อยละ ๖.๐ เท่านั้นที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ข้อมูลเกี่ยวกับบริการผ่าตัดตาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ เข้าใจ ได้แก่ กรณีที่ไม่จำเป็นต้องเช็ดทำความสะอาดตา (ร้อยละ ๖๑) คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อน และขณะผ่าตัด (ร้อยละ ๕๙.๕) และการครอบตาและการป้องกันอันตรายแก่ตา (ร้อยละ ๕๗) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาสวยใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ ๘๓.๕) และไม่พบว่ามีผู้ที่มี การปฏิบัติตัวในระดับที่ต้องปรับปรุง สำหรับพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องคือการหยอดตา (ร้อยละ ๕๘.๕)

นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และ เดช เกตุฉ่ำ (๒๕๕๔) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนา เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๓ (ระยะที่ ๑) ผล การศึกษาพบว่า โมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ ๓ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดย ๔ องค์ประกอบจาก ๖ องค์ประกอบสำคัญที่มี ความเหมาะสมสูง คือ ๑) ทักษะการจัดการตนเอง ๒) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ๓) ทักษะ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ ๔) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความ เทียงตรงทั้งฉบับในระดับสูงมาก ($r = 0.86$) และมีอำนาจจำแนกดีมาก สามารถใช้จำแนกระดับความ ฉลาดทางสุขภาพได้เป็นอย่างดีแต่พบว่า ๒ องค์ประกอบที่เหลือยังมีความต้องการการพัฒนาเพิ่มขึ้น คือ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน และองค์ประกอบ ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษา ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทาง สุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ ที่สะท้อนถึงสุขภาพดีของ ประชาชนและบอกเป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขได้จะนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายการดูแล

สุขภาพในโรคที่ป้องกันได้ยังเป็นความจำเป็นและต้องการการพัฒนา รวมทั้งควรได้รับการสนับสนุน และผลักดันจากผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย

๒.๕ กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพประกอบที่ ๒ กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ ๓

ผลการศึกษา

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของคนไทยในปัจจุบัน และสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข โดยผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ต่างๆ ในการนำเสนอ ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

F แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)

t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที (t-distribution)

df แทน ค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

p แทน โอกาสความน่าจะเป็น (Probability)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ โดยการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย แบ่งออกเป็น ๔ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ ๒ ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักสถิติกรรม ๓ อ ๒ ส

ตอนที่ ๓ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ความแปรปรวนของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักสถิติกรรม ๓ อ ๒ ส

ตอนที่ ๔ ผลการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข

๓.๑ ตอนที่ ๑ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน ๔๕๐ ตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลับมาและตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล ได้แบบวัดที่มีความสมบูรณ์ในการวิเคราะห์ จำนวน ๔๑๕ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๒๒ และเมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัย

เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ได้ผลดังปรากฏตามภาคผนวก ก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอวัดเพลง คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๖๖ เป็นชายโดยส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๐๘ อายุอยู่ในช่วง ๓๕ – ๕๙ ปี รองลงมาคือ ต่ำกว่า ๓๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๙๘ และ ๓๒.๗๗ ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ คือชาวไร่ ชาวนา และรองลงมาคือรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๕๓ และ ๒๓.๘๖ ตามลำดับ ในขณะที่ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๐๘ และ ๒๒.๖๕ ตามลำดับ

๓.๒ ตอนที่ ๒ ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส

ผลการวิเคราะห์ระดับของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ได้ผลสรุปตามภาคผนวก ข

ความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในองค์ประกอบของทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ที่พบว่าอยู่ในระดับสูง โดย สามารถเรียงลำดับขององค์ประกอบที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ๓ อันดับท้ายได้ดังนี้ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ($\bar{X} = ๒.๐๔$, $S = .๓๖$) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ($\bar{X} = ๒.๓๗$, $S = .๘๘$) และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ($\bar{X} = ๒.๔๗$, $S = .๗๖$)

จากข้อมูลดังกล่าว เมื่อดำเนินวิเคราะห์องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากผลที่ได้ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด คือ อยู่ในระดับสูงในทุกองค์ประกอบ แล้วเปรียบเทียบค่าของร้อยละที่เบี่ยงเบนจากเกณฑ์ที่กำหนด พบว่าสามารถจัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วนขององค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพของประชาชน ได้ดังภาคผนวก ข

องค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่สุดในการดำเนินการแก้ไข ๕ อันดับแรก คือ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส

จากข้อมูลข้างต้นสามารถแจกแจงรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ โดยการแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัย ได้ผลดังนี้

๓.๒.๑ องค์ประกอบที่ ๑ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลดังภาคผนวก ค และ ค

ความฉลาดทางสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในด้าน อ อาหาร และ ส สุบบุหรี่ที่อยู่ในระดับสูง และ ส สุหรี่ที่อยู่ในระดับน้อย

๓.๒.๒ องค์ประกอบที่ ๒ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลดังภาคผนวก ข และ ง

ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

๓.๒.๓ องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลดังภาคผนวก จ และ ฉ

ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

๓.๒.๔ องค์ประกอบที่ ๔ ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลดังภาคผนวก ช และ ซ

ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่

๓.๒.๕ องค์ประกอบที่ ๕ ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลดังภาคผนวก ฅ และ ญ

ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

๓.๒.๖ องค์ประกอบที่ ๖ การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลดังผนวก ก และ ก

ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

๓.๓ ตอนที่ ๓ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส จำแนกตามปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ความแปรปรวนของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยที่อยู่อาศัย เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา ได้ผลดังปรากฏตามภาคผนวก ร

เมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบแตกต่างกัน ในองค์ประกอบที่ ๒ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และองค์ประกอบ

ที่ ๔ ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ ๑ ที่ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันในบางองค์ประกอบ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยการเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) แบบวิธีของทูกี (Tukey HSD's method) ในองค์ประกอบที่พบว่าแตกต่างกัน ได้ผลดังภาคผนวก ๗ และ ๘

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรที่อยู่อาศัยด้วยวิธีการของทูกี ประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่าประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอโพธาราม และอำเภอวัดเพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรที่อยู่อาศัยด้วยวิธีการของทูกี ประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่าประชาชนที่อยู่ในเขตอำเภอโพธาราม และอำเภอวัดเพลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามเพศ ตามภาคผนวก ๘ ได้ผลดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายมีค่าเฉลี่ยความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายมีค่าเฉลี่ยทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงมีค่าเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายมีค่าเฉลี่ย การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิง

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ ๒ ที่ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันเฉพาะองค์ประกอบของทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส

เมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามช่วงอายุ ตามภาคผนวก ๙ พบว่าประชาชนที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ ๓ ที่ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามช่วงอายุ ตามภาคผนวก ต พบว่า

ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ไม่แตกต่างกัน

ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ไม่แตกต่างกัน

ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ ๔ ที่ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันในบางองค์ประกอบ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยการเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) แบบวิธีของทูกี (Tukey HSD's method) ในองค์ประกอบที่พบว่าแตกต่างกัน ได้ผลดังภาคผนวก ถ ฐ ท และ น

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูกี ประชาชนที่มีอาชีพชาวไร่ ชาวนา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/บริษัทเอกชน และรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่านักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูกี ประชาชนที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่านักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูกี ประชาชนที่มีอาชีพชาวไร่ ชาวนา ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ดีกว่าอาชีพรับจ้างทั่วไป และอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ดีกว่านักเรียน/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทุกที่ ประชาชนที่มีอาชีพชาวไร่ ชาวนา รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/บริษัทเอกชน รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ดีกว่าอาชีพนักเรียน/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบจำแนกตามระดับการศึกษาตามภาคผนวก บ พบว่า

ประชาชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ประชาชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ประชาชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ประชาชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ประชาชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ประชาชนที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ไม่แตกต่างกัน

ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ ๕ ที่ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันในเกือบทุกองค์ประกอบ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยการเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) แบบวิธีของทูกี (Tukey HSD's method) ในองค์ประกอบที่พบว่าแตกต่างกัน ได้ผลดังภาคผนวก ป ผ ฝ พ และ พ

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทุกที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูกี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความฉลาดด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูกี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความฉลาดด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูกี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาตอนปลาย มีความฉลาดด้านสุขภาพด้านการทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

เมื่อทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูกี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มัธยมศึกษาตอนปลาย มีความฉลาดด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย มีความฉลาดด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

๓.๔ ตอนที่ ๔ ผลการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข

ในตอนนี้เป็นการนำเสนอผลการสนทนากลุ่มในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๙ แห่ง ๆ ละ ๑ คน รวม ๙ คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส จำนวน ๓ แห่ง ๆ ละ ๒ คน รวม ๖ คน รวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนสภาพการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส จำนวน ๑๕ คน ดำเนินการวิเคราะห์โดยวิธีการสรุปอุปนัย (Analytic induction) ได้ผลสรุปตามประเด็นหลัก ดังนี้

๓.๔.๑ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ (ความรอบรู้ทางสุขภาพ)
ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๑) ความรู้ความเข้าใจถึงหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก ๓ อ ๒ ส
พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ในประเด็นนี้ค่อนข้างดี โดยเฉพาะในส่วนของ อ. อาหาร อ.ออกกำลังกาย ส. สูบหรี่ และ ส. สุรา แต่มีความเข้าใจเรื่องของ อ. อารมณ์ไม่ค่อยชัดเจนนัก ดังสะท้อนจากคำพูดที่ว่า

“ ในเรื่องของอาหาร จะต้องเน้นที่การเลือกซื้ออาหาร เน้นการปรุงอาหาร ต้องมีความรู้ในการเลือก ชนิด ประเภท ที่จะรับประทานเข้าไป แล้วไปปฏิบัติได้...”

“ ...การออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญ และเราสามารถที่จะออกกำลังกายในลักษณะที่ไม่จำเป็นต้องเป็น Physical Exercises แต่เป็น Physical Activities ได้...”

“ ปัญหาเรื่องอารมณ์ทำความเข้าใจยาก เกิดจากไม่รู้จักสะกดอารมณ์ ไม่ยับยั้งการกิน ...ชาวบ้านยังเลือกกิน มักจะจัดการความเครียด ระบายอารมณ์ โดยการกินเหล้า ซึ่งจะไปกระทบกับพฤติกรรมตัวอื่น แก่ยากมาก ไม่รู้จะเริ่มที่ตรงไหน”

“...อารมณ์เป็นส่วนที่อยู่ภายใน เป็นเรื่องส่วนตัว ไม่รู้ว่าจะได้ตามต้องการหรือไม่ คนส่วนใหญ่ไม่ยอมรับเรื่องเครียด คนที่ทำแบบประเมินให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่...”

“... ๒ ส ทำค่อนข้างยาก ...”

“ ส่วนเรื่องของสุรา บุหรี่ พุดง่าย ให้ความเข้าใจง่ายแต่ทำยาก”

จะพบว่าความเข้าใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดยง่ายก่อนเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ส่วนในเรื่องของการจัดการกับอารมณ์นั้น จะเป็นเรื่องที่ยุ้งยากกับเจ้าหน้าที่ในส่วนของการแก้ปัญหาหรือจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ในขณะที่ พฤติกรรม ๒ ส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก เป็นความชอบส่วนบุคคล ดังสะท้อนจากคำกล่าวที่ว่า

“...บุหรีเป็นภาษีหลักของประเทศ...หากจะแก้ต้องแก้ที่ต้นเหตุ ปิดโรงงานไปเลย การแก้พฤติกรรมทำได้ยากมาก”

“ .การติดป้ายเตือน ไม่ทำให้ชาวบ้านรู้สึกหืออก เด็กนักเรียนมีการสูบบุหรีตั้งแต่เด็ก ป.๖ แล้ว มันดูเป็นเรื่องธรรมดาาก แก่ยาก ไม่ใช่เราไม่ยากแก้ แต่ไม่รู้ว่าจะเริ่มตรงไหน”

“...บุหรี กับสุรา มักจะทำด้วยกัน พฤติกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่แก้ยาก .ในโรงเรียนไม่ขาย แต่นอกโรงเรียนก็ขาย”

“...พฤติกรรมพ่อ แม่ มีผลอย่างมาก พ่อก็กินเหล้า เป็นประจำทุกวัน เด็กก็เห็นเราไปสอนยากมาก”

๒) ความเข้าใจในเรื่องของความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าเจ้าหน้าที่ให้นิยามของความฉลาดทางสุขภาพได้ไม่ชัดเจน มองเป็นประเด็นของความรู้ที่จะให้ โดยเน้นย้ำเรื่องของการสอนดังคำพูดที่ว่า

“...เราจะต้องสอนให้เขารู้ว่าควรหรือไม่ควรทำอะไร การสอนของเราก็มียุ้งอย่างนะ ใช้โมเดลสอน ใช้สื่อสอน เน้นย้ำพูดให้ฟังบ่อยๆ จะได้เกิดการรับรู้ และความฉลาดมากขึ้น...”

ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง ๖ องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ นั้น พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความสนใจในองค์ประกอบที่ ๑ คือ ความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสาร ตามหลัก ๓ อ ๒ ส เป็นหลัก และตามมาด้วย องค์ประกอบที่ ๒ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในขณะที่องค์ประกอบอื่นๆ คือ ทักษะการตัดสินใจเพื่อ เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้าง พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส แบบวัด และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก ๓ อ ๒ ส จะให้ความสำคัญน้อยกว่ามาก ดังสะท้อนจากข้อมูลที่ว่า

“...สื่อที่จะใช้ในการสื่อสารเป็นเรื่องจำเป็น สื่อจะให้ความรู้ สามารถนำไป ปฏิบัติได้ สื่อที่มีอยู่แล้วน่าจะพอ แต่ในบางเรื่องก็มีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเรื่องของอารมณ์ และ ๒ ส เห็นมีแต่ สสส เท่านั้นที่ทำให้คนส่วนใหญ่รับรู้ แต่ในเชิงนโยบายยังไม่เห็น เรื่องการส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ น่าจะขับเคลื่อนตั้งแต่ต้นน้ำ ไม่ใช่เฉพาะคนปลายน้ำ”

“ การแก้ปัญหา เรื่องของการออกกำลังกาย การสื่อสารโดยสื่อจะดีที่สุด ถ้ามา ตอกย้ำจะดี ไม่ว่าสื่อที่เราผลิตเอง ไม่สามารถสู้สื่อที่ออกจากเอกชนได้ เขาออกมาว่าไม่ต้องออกกำลังกาย ก็ลดอ้วนได้ เราส่งเสริมการออกกำลังกายแทบตายไม่เกิดประโยชน์ ต้องใช้การสื่อสารแบบเข้าถึง ชาวบ้าน...”

“ทักษะการสื่อสารระหว่างชาวบ้านและเจ้าหน้าที่ จะเน้นที่การเกิดการ เปลี่ยนแปลงว่าจะสามารถทำได้อย่างไร โดยปกติเราจะให้ อสม ไปแนะนำตามบ้าน แต่ขึ้นอยู่กับ ชาวบ้านจะให้ความร่วมมือแค่ไหน ทักษะการพูดคุยในชุมชนนั้นมีตลอด มีการสอน มีการคัดกรองกับ ชาวบ้านอย่างต่อเนื่อง”

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนว่าถึงแม้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับ สื่อ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่อผสม มากกว่าสื่อบุคคล แต่ก็มีกระบวนการของการสื่อสาร ที่เน้นสื่อบุคคลโดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ อยู่ตลอดเวลา แต่พบว่าเจ้าหน้าที่กลับมีการเน้นย้ำหรือให้ความสำคัญกับเรื่องของการรู้เท่าทันสื่อ ค่อนข้างน้อย โดยส่วนใหญ่จะเป็นการยอมรับอิทธิพลของสื่อมากกว่าจะเน้นที่การวิเคราะห์สื่อ ดังเช่น คำพูดที่ว่า

“...ชาวบ้านแถวนี้ มีหลายคนให้น้ำยาป่าเซ็ง เพราะมีสี่ดี เราก็ไม่ว่าอะไร เพียงแต่ขอให้ใช้ยาของเราด้วย แต่หากเขาไม่ใช่ก็คงสนใจ...”

๓.๔.๒ สถานการณ์การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรอบรู้ทาง สุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่ดำเนินการอยู่จริงในระดับพื้นที่

พบว่าในระดับพื้นที่มีการจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรอบรู้ทาง สุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในส่วนของ อ.อาหารและ อ.ออกกำลังกายเป็น ส่วนใหญ่ โดยพบว่ามีกิจกรรมอาหารปลอดภัย การสอนและสาธิตในเรื่องของอาหาร และการ ออกกำลังกาย การจัดตั้งชมรมแอโรบิค การจัดตลาดนัดสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการรณรงค์ ต่างๆ ที่มีเป็นระยะๆ ในขณะที่ อ. อารมณ์นั้นจะเน้นที่การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่กระบวนการ ในการจัดการยังไม่เป็นรูปธรรมนัก ในขณะที่กิจกรรม ในส่วนของ ๒ ส นั้น ไม่พบว่ามีกิจกรรมใดที่

เห็นชัดเจน เป็นเพียงการสอน และแจกสื่อแผ่นพับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งลักษณะของการจัดกิจกรรมเหล่านี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็สะท้อนถึงความยั่งยืนของการดำเนินงานว่า

“...ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการประเมินผลตามกิจกรรมอย่างจริงจัง เนื่องจากภาระงานมีเยอะ เน้นทำป้าย ๓ อ ๒ ส รณรงค์ให้คน เข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ แนะนำอาหารไปแล้ว ผ่านไปก็ยิ่งเหมือนเดิม เคยได้จัดกิจกรรมเข้าค่ายของหมอเขียว ตอนทำกิจกรรมได้ดี แต่เมื่อกลับบ้านก็ไม่ทำเหมือนเดิม”

“...เรื่องการออกกำลังกาย ในลานกีฬา ต้นเสร็จก็กินต่อ เพราะมีสิ่งแวดล้อมเอื้อมีร้านอาหารอยู่ใกล้ๆ”

“...แรกๆ จะให้ความร่วมมือ แต่ผ่านไปพฤติกรรมก็เหมือนเดิม ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม...”

นอกจากนี้ ยังพบว่าลักษณะของการจัดกิจกรรมเป็นการระดมคนเข้าร่วมกิจกรรมในเชิงของจำนวนมากกว่าคุณภาพของการพัฒนาหรือเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ ดังเช่น เสียงสะท้อนที่ว่า

“...แต่ต้องมีของแจกชาวบ้าน มีอาหารเลี้ยง มีของแจก ชาวบ้านไม่ค่อยมาหาเจ้าหน้าที่ต้องไปหา เจ้าหน้าที่มีน้อย....”

“...ต้องมีของแจกจะมีคนมาเยอะมากมีชาวบ้านไม่มากนักที่สามารถจัดการตนเองได้ ...”

“.....กลุ่มที่จะสร้างได้ เป็นกลุ่มแฟนคลับของ รพ.สต. โดยปกติก็คอยอยู่ข้าง รพ.สต. เป็นกลุ่มที่เมื่อให้ความรู้ก็รับ ส่วนกลุ่มที่ไม่รับ ทำอย่างไรก็ไม่รับ เป็นปัญหาเดิมๆ...”

“...การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการปักธงแดง แต่ชาวบ้านก็ยังไม่รู้สึก มีพฤติกรรมยังไม่ค่อยปรับเปลี่ยน แต่จะทำเพื่อพบหมอ ทำเฉพาะ ๒-๓ วันแรกก่อนมาพบหมอเพื่อจะได้กรีนการ์ด แต่กลับไปก็เหมือนเดิม เราก็เลยต้องเน้นที่จำนวนในการจัด เพราะมันเป็นนโยบาย ไม่รู้ว่าเป็นความจำเป็นของใคร ระหว่างเจ้าหน้าที่ หรือชาวบ้าน...”

“...ชาวบ้านไม่รู้รู้สึกถึงปัญหา เป็นปัญหาของเจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ มองว่าไม่ได้ผล

“...กลุ่มคนที่ทำได้คือแฟนคลับของ รพ.สต.(บุคคลที่ให้ความร่วมมือกับงานของ รพ.สต. โดยส่วนใหญ่จะเป็น อสม. และญาติๆ) ชาวบ้านคนอื่นไม่สนใจ”

ในส่วนของกิจกรรมที่จัดนั้น พบว่าเป็นการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับองค์ประกอบที่ ๑ คือ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสาร ตามหลัก ๓ อ ๒ ส เป็นหลัก และตามมาด้วย องค์ประกอบที่ ๒ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในขณะที่องค์ประกอบอื่นๆ คือ ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส แบบวัด และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส นั้นไม่ปรากฏรูปแบบของกิจกรรมที่เห็นได้ชัดเจน

“...ไม่รู้ว่าจะจัดกิจกรรมให้ชาวบ้านจัดการตนเองได้อย่างไร ...สำหรับชาวบ้านเราต้องให้คิดกิจกรรมสำเร็จรูปให้ ถ้าจะให้ตัดสินใจเองจะช้ามาก...”

“....การพัฒนาเราก็เน้นที่ศึกษาดูงาน แล้วมาบอกต่อ เอาของที่ดีอยู่แล้วมาใช้ แต่ก็รู้ว่าไปดูงานแล้วบางทีก็ไม่เวิร์ค ดูแล้วก็แล้วกัน...”

“....ยังไม่การทำให้ชาวบ้านวิเคราะห์สื่อ ทั้งๆที่ สื่อมันรุกเข้ามาในชุมชน ...”

“.....มีแต่เอาของมาวาง แล้วบอกว่าของนี้ดีหรือไม่ดีอย่างไร เช่น ของป่าเขง ก็จะไปพูดคุยด้วย แต่ก็ฟังแต่ไม่ปฏิบัติ.....”

“....สื่อที่ประชาสัมพันธ์ จะอยู่ในช่วงที่ ๑ ถึง ๕ ชาวบ้านจะหลงเชื่อ ไปหาสินค้า เพราะเมื่อฟังแล้ว กินแล้วหาย ก็จะเจอ MLM เพราะมีผลประโยชน์ตอบแทน”

“...เวลาไปสอนชาวบ้าน บางทีเจ้าหน้าที่ไม่เคยใช้ แต่มีชาวบ้านบางกลุ่มเคยใช้แล้วดี ก็จะทำให้คนอื่นทำตาม จะใช้การวิเคราะห์อะไรแบบนี้ไม่ได้เลย ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่เคยใช้มาก่อน...”

“...ปกติข้อมูลที่ได้ชาวบ้านรับ เขาจะซึ้งใจว่าเขาจะเชื่ออะไร ข้อมูลไหนมาเร็วกว่า ข้อความด้านไม่ดีจะมีตัวหนังสือใหญ่กว่า ข้อความด้านดี ชาวบ้านเขาก็เชื่อ เราไม่รู้จะอย่างไร”

๓.๔.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

จากผลการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปประเด็นข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ ได้ดังนี้

๑) การพัฒนาที่ดีควรเริ่มจากวัยเรียนหรือวัยรุ่นจะเหมาะสมกว่า เพราะสามารถปลูกฝังพฤติกรรมได้โดยง่าย ในปัจจุบันนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในโรงเรียนค่อนข้างน้อย เนื่องจากเป้าหมายกำหนดที่วัย ๑๕ ปีขึ้นไป

๒) เนื่องจากการดำเนินงานกิจกรรมนี้ ส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดำเนินการตามนโยบาย และแนวทางที่กำหนด การเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีส่วนร่วมในการคิดมีน้อย ทั้งนี้เนื่องจากตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป็นจำนวนมาก ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็มากด้วยเช่นกัน การดำเนินงานพัฒนา หรือคิดกิจกรรมต่างๆที่สร้างสรรค์จึงมีน้อย หากมีการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้วิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับพื้นที่ หรือเน้นในเรื่องที่เป็นปัญหาของพื้นที่เองจะเหมาะสมกว่าการดำเนินการครบทุกพฤติกรรม หรือองค์ประกอบ

๓) ควรกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน และในกระบวนการของการนำนโยบายสู่การปฏิบัตินั้น ควรมีการกำหนดแนวทางที่สามารถดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม โดยคำนึงถึงความแตกต่างกันของบริบทแต่ละพื้นที่ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะของผู้ควบคุมต้นเหตุของพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การผลิตสื่อที่ไม่เหมาะสม ก็ควรที่จะมีการเข้มงวดจริงจัง เพราะการมุ่งหวังให้พื้นที่ดำเนินการนั้น อาจจะไม่มีความเพียงพอในการจัดการ

บทที่ ๔

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

๔.๑ สรุปผลการศึกษา

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

๔.๑.๑ ความมุ่งหมายของการวิจัย

๑) สสำรวจระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของคนไทยในปัจจุบัน

๒) สสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข

๔.๑.๒ สมมุติฐานในการวิจัย

๑) กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน

๒) กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน

๓) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน

๔) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน

๕) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกัน

๔.๑.๓ วิธีดำเนินการวิจัย

๔.๑.๓.๑ แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

จำแนกเป็น ๒ กลุ่มตามความมุ่งหมายของการวิจัย คือ

๑) การสำรวจระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของคนไทยในปัจจุบัน

(๑) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยซึ่งอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้แก่ จังหวัดชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน

(๒) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน จำนวน ๑ จังหวัด คือจังหวัดราชบุรี ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) จำนวน ๔๑๕ คน

๒) สสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข

(๑) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้แก่ จังหวัดชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน

กับประเทศเพื่อนบ้าน และมีการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง

(๒) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้แก่ จังหวัดราชบุรี และมีการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

๔.๑.๓.๒ ลักษณะและการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี ๒ ชุด ประกอบด้วย

๑) ชุดที่ ๑ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพตาม หลัก ๓ อ ๒ ส มีจำนวนทั้งสิ้น ๗ ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบวัด ได้แก่ ๑) เพศ ๒) อายุ ๓) อาชีพ และ ๔) ระดับการศึกษา

ตอนที่ ๒ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส มีลักษณะเป็นแบบทดสอบความรู้ ในเนื้อตามตามพฤติกรรมหลักที่กำหนด คือ ๓ อ ๒ ส จำนวน ๑๕ ข้อ (พฤติกรรมละ ๓ ข้อ)

ตอนที่ ๓ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส มีลักษณะเป็น มาตรการส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน จำนวน ๕ ข้อ

ตอนที่ ๔ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส มีลักษณะเป็นมาตรการส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน จำนวน ๖ ข้อ

ตอนที่ ๕ ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส มีลักษณะเป็น Scoring Rubrics ๔ ระดับ โดยมีข้อความเชิงสถานการณ์ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามที่ปฏิบัติ จำนวน ๕ ข้อ

ตอนที่ ๖ ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส มีลักษณะเป็นมาตรการส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน จำนวน ๗ ข้อ

ตอนที่ ๗ การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส มีลักษณะเป็นมาตรการส่วนประมาณค่า ๕ ระดับ โดยมีข้อความในเชิงบวก จำนวน ๕ ข้อ

๒) ชุดที่ ๒ ประเด็นการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงสถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ๓ ประเด็นหลัก คือ

ประเด็นที่ ๑ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ (ความรอบรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประเด็นที่ ๒ สถานการณ์การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่ดำเนินการอยู่จริงในระดับพื้นที่

ประเด็นที่ ๓ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

๔.๑.๔ การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ในส่วนของขั้นตอนที่ ๑ เพื่อตอบความมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ ๑ ผู้วิจัยทำการตรวจแบบวัดและคัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไว้สำหรับการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

๑) ข้อมูลลักษณะสังคมประชากร โดยนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะข้อมูล

๒) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางสุขภาพตามลักษณะสังคมประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง ๒ กลุ่มโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ ๒

๓) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางสุขภาพตามลักษณะสังคมประชากร ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ๒ กลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ ๑,๓-๕

ในส่วนของขั้นตอนที่ ๒ เพื่อตอบความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ ๒ ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปการสนทนากลุ่มในแต่ละจังหวัด แล้วดำเนินการวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic induction)

๔.๑.๕ สรุปผลการวิจัย

จากการเก็บแบบวัดทั้งหมดได้ที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน ๔๑๕ ชุด คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๒๒ ผู้ที่ตอบแบบวัดส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๖๖ ส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๐๘ อายุอยู่ในช่วง ๓๕ – ๕๔ ปี รองลงมาคือ ต่ำกว่า ๓๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๙๘ และ ๓๖.๗๗ ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ คือชาวไร่ ชาวนา และรองลงมาคือรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๕๓ และ ๒๓.๘๖ ตามลำดับ ในขณะที่ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๐๘ และ ๒๖.๖๕ ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า

๔.๑.๕.๑ ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส เมื่อพิจารณาตามรายองค์ประกอบ ได้ผลดังนี้

๑) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในด้าน อ อาหาร และ ส สุบหูรที่อยู่ในระดับสูง และ ส สุบหูรที่อยู่ในระดับน้อย

๒) ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

๓) ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

๔) ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่

๕) ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

๖) ความฉลาดทางสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

ซึ่งเมื่อดำเนินการวิเคราะห์และจัดลำดับองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพเรียงตามลำดับที่มีปัญหามากที่สุด (มีค่าคะแนนของแบบวัดน้อยที่สุด) ได้ผลดังนี้

ลำดับที่ ๑ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส

ลำดับที่ ๒ การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส

ลำดับที่ ๓ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส

ลำดับที่ ๔ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส
ลำดับที่ ๕ การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก

๓ อ ๒ ส

ลำดับที่ ๖ ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส

๔.๑.๕.๒ ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย พบว่า

๑) กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ เฉพาะองค์ประกอบของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

๒) กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ เฉพาะองค์ประกอบของทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

๓) กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน

๔) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในองค์ประกอบความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

๕) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในเกือบทุกองค์ประกอบ ยกเว้นองค์ประกอบความรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่พบว่าไม่แตกต่างกัน

๔.๑.๕.๓ สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ในประเด็นนี้ค่อนข้างดี โดยเฉพาะในส่วนของ อ. อาหาร อ.ออกกำลังกาย ส. สูบบุหรี่ และ ส. สุรา แต่มีความเข้าใจเรื่องของ อ. อารมณ์ไม่ค่อยชัดเจนนัก ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดยง่ายก่อนเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ส่วนในเรื่องของการจัดการกับอารมณ์นั้น จะเป็นเรื่องที่ยุ้งยากกับเจ้าหน้าที่ในส่วนของการแก้ปัญหาหรือจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ในขณะที่ พฤติกรรม ๒ ส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก เป็นความชอบส่วนบุคคล

ในส่วนของความเข้าใจในเรื่องของความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าเจ้าหน้าที่ให้นิยามของความฉลาดทางสุขภาพได้ไม่ชัดเจน มองเป็นประเด็นของความรู้ที่จะให้ โดยเน้นย้ำเรื่องของการสอน และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง ๖ องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพนั้น พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความสนใจในองค์ประกอบที่ ๑ คือ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสารตามหลัก ๓ อ ๒ ส เป็นหลัก และตามมด้วย องค์ประกอบที่ ๒ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในขณะที่องค์ประกอบอื่นๆ คือ ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส แบบวัด และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส จะให้ความสำคัญน้อยกว่ามาก

ในระดับพื้นที่ มีการจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรอบรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในส่วนของ อ.อาหารและ อ.ออกกำลังกาย เป็นส่วนใหญ่ โดยพบว่ามีกิจกรรมอาหารปลอดภัย การสอนและสาธิตในเรื่องของอาหาร และการออกกำลังกาย การจัดตั้งชมรมแอโรบิก การจัดตลาดนัดสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการรณรงค์ต่างๆ ที่มีเป็นระยะๆ ในขณะที่ อ. อารมณ์นั้นจะเน้นที่การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่กระบวนการในการจัดการยังไม่เป็นรูปธรรมนัก ในขณะที่กิจกรรม ในส่วนของ ๒ ส นั้น ไม่พบว่ามีกิจกรรมใดที่เห็นชัดเจน เป็นเพียงการสอน และแจกสื่อแผ่นพับเป็นส่วนใหญ่

ในส่วนของการขอเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ(ความรอบรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงนั้น ให้เริ่มจากวัยเรียนหรือวัยรุ่น มีการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้วิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับพื้นที่

หรือเน้นในเรื่องที่เป็นปัญหาของพื้นที่เองจะเหมาะสมกว่าการดำเนินการครบทุกพฤติกรรม หรือองค์ประกอบ และควรกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน

๔.๒ อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปรากฏผลดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. ตอนที่ ๑ ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส พบว่าความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นในส่วนของการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ที่อยู่ในระดับสูง โดยพบว่าความฉลาดทางสุขภาพที่มีปัญหาหาลำดับแรกคือ ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพนั้น ยังไม่มีการดำเนินการในลักษณะที่มีการพัฒนาความสามารถทางความคิด หรือกระบวนการพัฒนาที่จะส่งเสริมให้เกิดความฉลาดในระดับสูงได้มากนัก แต่สาเหตุที่ทักษะการตัดสินใจมีอยู่ในระดับสูงนั้น เป็นเพราะพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นตามหลัก ๓ อ ๒ ส เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพค่อนข้างมาก จึงส่งผลให้ประชาชนมีการตัดสินใจที่คำนึงถึงประโยชน์ทางสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ ในขณะที่ทักษะอื่นๆ นั้น เมื่อไม่มีการฝึกฝนที่มากพอ จึงส่งผลให้อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในส่วนของการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ซึ่งพบว่าประชาชนยังมีความฉลาดทางสุขภาพในด้านเหล่านี้ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ โดยพบว่ากระบวนการของการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่ออย่างมาก เมื่อพิจารณาจากกระบวนการของการสื่อสารในปัจจุบันพบว่า ยังคงเน้นที่บทบาทของ อสม. ที่เป็น ผู้สื่อสารสาร ที่ขาดการวิเคราะห์และทบทวนความถูกต้อง เหมาะสม และประโยชน์ของสื่อ จึงส่งผลให้ความสามารถในการพัฒนาเพื่อก่อให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพในสององค์ประกอบดังกล่าวไม่มีมากเท่าที่ควร และในส่วนของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส นั้น พบว่าข้อมูลที่ชาวบ้านส่วนใหญ่เข้าถึงยังคงเป็นข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นส่วนใหญ่ การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปในลักษณะของเป็นผู้รับผลการกระทำมากกว่า การกำหนดรูปแบบหรือวิธีการเข้าถึงด้วยตนเอง จึงส่งผลให้ความฉลาดด้านสุขภาพในส่วนนี้มีไม่มากนัก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญญา แซ่โก (๒๕๕๒) ได้ศึกษา ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตาร้อยละ ๖๙.๕ มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ และมีเพียงร้อยละ ๖.๐ เท่านั้นที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ข้อมูลเกี่ยวกับบริการผ่าตัดตาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ ได้แก่ กรณีที่ไม่จำเป็นต้องเช็ดทำความสะอาดตา (ร้อยละ ๖๑) คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและขณะผ่าตัด (ร้อยละ ๕๙.๕) และการครอบตาและการป้องกันอันตรายแก่ตา (ร้อยละ ๕๗)

พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ ๘๓.๕) และไม่พบว่าผู้ที่มี การปฏิบัติตัวในระดับที่ต้องปรับปรุง สำหรับพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องคือการหยอดตา (ร้อยละ ๕๘.๕)

อนึ่ง เมื่อพิจารณาในบริบทของการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (AEC) พบว่าทักษะการ สื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ทั้ง สามทักษะนั้น เป็นตัวสะท้อนความไม่พร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของคนไทยได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในเรื่องของการสื่อสารที่พบว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังมีทักษะในด้านนี้ค่อนข้างต่ำ เมื่อต้องเผชิญหน้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว กระบวนการในรับและ ส่งสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจะมีปัญหาอย่างแน่นอน และเมื่อประกอบกับกระแสของการ เปลี่ยนแปลงจากโลกาภิวัตน์ การรุกเร้าเข้ามาของสื่อต่างชาติ สื่อสุขภาพในรูปแบบใหม่ๆ ด้วยแล้ว การขาดทักษะในส่วนของการรู้เท่าทันสื่อ ร่วมกับการไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม หลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ได้อย่างครบถ้วนด้วยแล้ว ก็คงส่งผลให้ประชาชนไทยมีความเสี่ยงด้าน สุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในประเด็นดังกล่าวนี้ สะท้อนจากความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่ยังอยู่ ลำดับที่สามที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างเร่งด่วน

จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการเร่งพัฒนาทักษะที่เป็นปัญหาพื้นฐาน ขององค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพทั้งสามด้านนี้เป็นหลัก โดยจะต้องเพิ่มบทบาทในการ วิเคราะห์สื่อของประชาชนโดยผ่านกระบวนการสื่อสารที่เหมาะสมมากขึ้น และต้องสร้างความ ตระหนักในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จะมีความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนใน แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายโดยเร็วไว้

ข. ตอนที่ ๒ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ความแปรปรวน ของความฉลาดด้านสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยที่ส่งผลต่อความฉลาดด้านสุขภาพ

๑) ที่อยู่อาศัย ผลการวิจัยพบว่าประชาชนที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีความฉลาดทาง สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ เฉพาะองค์ประกอบของการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าประชาชนที่มีที่ อยู่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จะมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และมีทักษะในการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างสุขภาพดีกว่าประชาชนในเขตอำเภอโพธาราม และอำเภอวัดเพลง เนื่องจากประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองจะมีโอกาสที่จะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทาง สุขภาพได้มากกว่า ประกอบกับมีโอกาสที่จะรับรู้ปัญหาทางสุขภาพที่ดีกว่า และมีทางเลือกในการ ตัดสินใจทางสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส สูงกว่า จึงทำให้องค์ประกอบทั้งสองประการนี้ดีกว่าอำเภอ อื่นๆ

๒) เพศ ผลการวิจัยพบว่าเพศแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ เฉพาะองค์ประกอบของทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ส่วนองค์ประกอบอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าเพศหญิงจะมี ทักษะในการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างสุขภาพดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่สนใจดูแล

สุขภาพของตนเองดีกว่า และประกอบกับกระบวนการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขนั้นพบว่าเพศหญิงจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากกว่า จึงส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้ในปัญหาสุขภาพของตนเองได้และสามารถตัดสินใจในพฤติกรรมหรือปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ดี ในขณะที่องค์ประกอบอื่นๆ นั้น เป็นกระบวนการที่มีการจัดให้บริการอย่างเท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง และเป็นเรื่องที่ต้องใช้ทักษะความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ซึ่งพบว่าความแตกต่างระหว่างเพศไม่ได้มีผลให้เกิดความสามารถในส่วนนี้ที่แตกต่างกัน ประกอบกับการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ กระบวนการจัดการเรียนรู้ในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเน้นหรือเสริมกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าว จึงส่งผลให้องค์ประกอบอื่นๆ ไม่เกิดความแตกต่างกันเมื่อพิจารณาตามตัวแปรเพศ

๓) ช่วงอายุ ผลการวิจัยพบว่าช่วงอายุแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากการแบ่งช่วงอายุที่กำหนดโดยพิจารณากลุ่มเสี่ยงที่เฝ้าระวัง คือ ๑๕ ปีขึ้นไป และกลุ่มที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพ คือ ๓๕ ปีขึ้นไป จนถึงกลุ่มที่ ๓ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปนั้น มีการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกัน และโอกาสที่กลุ่มเป้าหมายจะเข้าร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดขึ้นก็เป็นไปโดยเสมอภาค จึงส่งผลให้ช่วงอายุไม่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ

๔) อาชีพ ผลการวิจัยพบว่าอาชีพแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในองค์ประกอบความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส นอกนั้นไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากอาชีพจะเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนที่ประกอบอาชีพนั้นๆ มีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การรับรู้ในด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงพบว่าแนวโน้มของผู้ที่ประกอบอาชีพที่มีฐานะทางสังคมดีกว่าจะมีกระบวนการหรือโอกาสในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพดีกว่า แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าอาชีพนักเรียน/นักศึกษานั้น มีความฉลาดทางสุขภาพในด้านต่างๆ ค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการสำรวจในกลุ่มนักเรียนนั้น เป็นนักเรียนในระดับชั้นมัธยม ซึ่งพบว่าการเรียนการสอนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ยังเข้าไปมีบทบาทค่อนข้างน้อย การเรียนการสอนเป็นไปบนพื้นฐานของตำรา และกระบวนการเรียนการสอนก็ยังได้พัฒนากระบวนการคิด วิเคราะห์ หรือทักษะในด้านต่างๆ เท่าที่ควร ซึ่งในประเด็นนี้หากมีการพัฒนา หรือปรับปรุงรูปแบบของการปลูกฝังพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส .ในระบบโรงเรียนให้ชัดเจนขึ้น จะช่วยแก้ปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Grubbs; & Carter. (๒๐๐๒: ๗๖ - ๘๔) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาปริญญาตรีกลุ่ม ตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน ๑๔๗ คน ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ประโยชน์และ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาปริญญาตรีซึ่งการ รับรู้ประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษามากที่สุดคือการที่มีรูปร่างที่ดี และผลการศึกษาของ Lamb; et al. (๒๐๐๒: Online) ที่ได้ทำการศึกษาผลกระทบของโครงการเดินเพื่อสุขภาพที่มีผู้นำในการเดินโดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีการออกกำลังกาย ในระดับปานกลาง ผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เป็น

บุคคลที่มีอายุ อยู่ในช่วง ๔๐-๗๐ ปีและเป็น ผู้ที่มีการออกกำลังกายไม่เพียงพอ โดยผู้วิจัยได้แบ่ง บุคคลออกเป็น ๒ กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง เป็นกลุ่มที่ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย ในระดับปานกลาง คือ ประมาณ ๑๒๐ นาที ต่อสัปดาห์และได้รับรางวัลถ้าหากมีการปฏิบัติ เกี่ยวกับการออกกำลังกายตามโครงการที่ได้แนะนำ ไว้ ส่วนกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำ เช่นเดียวกันกับกลุ่มที่หนึ่ง แต่จะเพิ่มด้วยการให้ข้อมูล และการสนับสนุนให้เข้าร่วมในโครงการ การเดินเพื่อสุขภาพที่มีสมาชิกภายในชุมชนเป็นผู้นำในการ เดินผลการศึกษาพบว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไป ๑ ปี บุคคลในกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่จะปฏิบัติ เกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ได้ในระดับปานกลาง (๑๒๐ นาทีต่อสัปดาห์) มากกว่าบุคคลในกลุ่มหนึ่งอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโครงการเดินเพื่อสุขภาพที่มีผู้นำในการเดินก็ เป็นวิธีการที่ดีอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้

๕) ระดับการศึกษา ผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทาง สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ในเกือบทุกองค์ประกอบ ยกเว้น องค์ประกอบความรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับประเด็นของอาชีพดังที่ได้กล่าวแล้วในเบื้องต้น เนื่องจากอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาค่อนข้างสูง ผู้ที่มีการศึกษาดี ก็มีโอกาสมิจะประกอบอาชีพที่ดีด้วย เช่นกัน และ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชน มีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การรับรู้ในด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงพบว่าแนวโน้มของผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีความฉลาดทาง สุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า แต่ก็ไม่เสมอไปในทุกกรณี ดังเช่นในกรณีของการรู้เท่า ทันสื่อที่พบว่า กระบวนการของการคิดวิเคราะห์ มีความสำคัญและความจำเป็นมากกว่าระดับ การศึกษา ดังนั้น การที่มีการศึกษาในระดับสูงแต่เป็นกระบวนการของการจัดการศึกษาที่ปราศจาก การส่งเสริมกระบวนการคิดวิเคราะห์ พัฒนาทักษะพื้นฐานในการสร้างความฉลาดทางสุขภาพแล้ว ก็ ย่อมไม่สามารถที่จะพัฒนาให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ Gazmararian & Baker et al. (๑๙๙๙) ที่ศึกษาบทบาทการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนซึ่งมี การใช้ภาษาอังกฤษและภาษาสเปนโดยใช้แบบวัด TOFHLA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัย ผู้ใหญ่มีทักษะความฉลาดทางสุขภาพไม่เหมาะสมแตกต่างตามตัวแปรสำคัญได้แก่ เชื้อชาติ ภาษาหลัก ที่ใช้และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ ได้แก่ คนผิวดำ สูงอายุหรือมีอายุมากกว่า ๘๕ ปี และมีระดับการศึกษาต่ำ

ค. ตอนที่ ๓ สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ในส่วนของแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ค่อนข้างดี โดยเฉพาะในส่วนของ อ. อาหาร อ.ออกกำลังกาย ส. สูบบุหรี่ และ ส. สุรา ทั้งนี้ เนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐที่กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจ และเนื่องจากพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมพื้นฐานของการเกิดปัญหาสุขภาพ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นพฤติกรรมร่วมที่ส่งผลในวงกว้างต่อปัญหาสุขภาพค่อนข้างมาก จึงมีการรับรู้โดยทั่วไป และเมื่อ พิจารณาในรายละเอียดจะพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจในกิจกรรมของการออกกำลังกาย และอาหารที่ดีกว่าพฤติกรรมอื่นๆ เนื่องจากนโยบายของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค ฯ ที่มุ่งส่งเสริม ๒ อ ดังกล่าวเป็นหลัก และมีการกำหนดแนวทางในการจัดกิจกรรม ตลอดจนตัวชี้วัดของ

ทั้ง ๒ พฤติกรรมอย่างชัดเจน แต่การเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจเรื่องของ อ. อารมณ์ไม่ค่อยชัดเจนนัก อาจเกิดเนื่องจากเรื่องของอารมณ์เป็นสิ่งที่อยู่ภายใน มองเห็นได้ยาก และประชาชนส่วนใหญ่ก็ไม่ค่อยยอมรับว่าตนเองมีอารมณ์ที่ผิดปกติ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นได้โดยง่ายก่อนเป็นอันดับแรก คือ การออกกำลังกาย และการบริโภคอาหาร ส่วนในเรื่องของการจัดการกับอารมณ์นั้น เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ในการที่จะจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ในขณะที่ พฤติกรรม ๒ ส เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ยาก เป็นความชอบส่วนบุคคล

สำหรับประเด็นของความเข้าใจในเรื่องของความฉลาดทางสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ พบว่าเจ้าหน้าที่ให้นิยามของความฉลาดทางสุขภาพได้ไม่ชัดเจน มองเป็นประเด็นของความรู้ที่จะให้ โดยเน้นย้ำเรื่องของการสอนเป็นส่วนใหญ่ นั้น ส่วนหนึ่งมาจากที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องของกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่จะสามารถตอบสนองต่อการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ กระบวนการจัดการเรียนรู้ทางสุขภาพ ยังคงเป็นไปในลักษณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง บทบาทของประชาชนในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้มีน้อย ส่งผลให้การมองหรือการทำความเข้าใจในเรื่องของความฉลาดทางด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ชัดเจน ประกอบกับแนวคิดเรื่องของความฉลาดทางสุขภาพยังคงนับว่าเป็นเรื่องใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อหรือเทคนิคที่จะส่งเสริมให้เกิดความฉลาดทางด้านสุขภาพยังคงมีไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลให้ความเข้าใจในเรื่องความฉลาดทางสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ชัดเจน ดังจะเห็นได้จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความสนใจในองค์ประกอบที่ ๑ คือ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส องค์ประกอบที่ ๓ ทักษะการสื่อสาร ตามหลัก ๓ อ ๒ ส เป็นหลัก และตามมด้วย องค์ประกอบที่ ๒ คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในขณะที่องค์ประกอบอื่นๆ คือ ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส แบบวัด และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส จะให้ความสำคัญน้อยกว่ามาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ก็สะท้อนได้จากการจัดกิจกรรมในระดับพื้นที่ ที่พบว่ามีกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรอบรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในส่วนของ อ.อาหารและ อ.ออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ โดยพบว่ามีกิจกรรมอาหารปลอดภัย การสอนและสาธิตในเรื่องของอาหาร และการออกกำลังกาย การจัดตั้งชมรมแอโรบิก การจัดตลาดนัดสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการรณรงค์ต่างๆ ที่มีเป็นระยะๆ ในขณะที่ อ. อารมณ์นั้นจะเน้นที่การคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่กระบวนการในการจัดการยังไม่เป็นรูปธรรมนัก ในขณะที่กิจกรรม ในส่วนของ ๒ ส นั้น ไม่พบว่ามีกิจกรรมใดที่เห็นชัดเจน เป็นเพียงการสอน และแจกสื่อแผ่นพับเป็นส่วนใหญ่

สำหรับกรณีของข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ(ความรอบรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ให้เริ่มจากวัยเรียนหรือวัยรุ่นนั้น นับว่ามีความเหมาะสมเนื่องจากปัญหาสุขภาพนั้นเกิดจากพฤติกรรม และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยาก หากมีการปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็กก็จะเป็นดี และการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้มีส่วนในการวิเคราะห์และกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับพื้นที่ หรือปัญหาของตนเอง ก็นับว่าเป็นสิ่งที่มี

ความจำเป็น เพราะจะเป็นการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาตนเองไปพร้อมๆ กับประชาชนในพื้นที่ และการวิเคราะห์ปัญหาตามความสำคัญเร่งด่วนของพื้นที่ก็เป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพื่อที่จะได้แก้ปัญหาได้ถูกต้องตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

๔.๓ ข้อเสนอแนะ

๔.๓.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า ประชาชนยังมีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และ

การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยในหลายด้าน ทั้งในส่วนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในระดับบุคคล และในระดับที่เหนือกว่าระดับบุคคล เช่น ระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม เนื่องจากผลของความฉลาดทางด้านสุขภาพ คือ ผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งต้องเผชิญกับวิกฤตทางด้านสุขภาพในหลายๆ ประการ ซึ่งเมื่อผนวกกับการเกิดกระแสโลกาภิวัตน์ และภูมิภาควิวัฒน์อย่างเช่นกรณีของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่มีการเคลื่อนย้ายของแหล่งทุนและทรัพยากรทางสุขภาพโดยเสรีด้วยแล้ว ก็ยังส่งผลให้ประชากรไทยมีโอกาที่จะประสบกับปัญหาสุขภาพได้ง่ายขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการสร้างความพร้อมของประชาชนเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เป็นผลมาจากประชาคมอาเซียน ดังกล่าว โดยวิธีการดังต่อไปนี้

๑) ควรเร่งรัดการประเมินความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับบุคคล และระดับของชุมชน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ทางสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการดำเนินงานอย่างเด่นชัด ซึ่งจะนำไปสู่การมีข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดแผนงาน ยุทธศาสตร์ของชาติที่ครอบคลุม ครอบคลุม ครอบคลุมและถูกต้อง

๒) ควรกำหนดแนวนโยบายในการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานด้วยกระบวนการวิเคราะห์กิจกรรมในการดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน พร้อมทั้งควรดำเนินการวิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละระดับให้ชัดเจน โดยเน้นที่องค์ประกอบที่มีความจำเป็นเร่งด่วนก่อน เช่น ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส หรือการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส เป็นต้น

๓) ควรส่งเสริมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของเด็กและเยาวชนควบคู่กับการสร้างความแตกฉาน (Literacy) ด้านการศึกษาในระบบภาคบังคับ เนื่องจากการลงทุนที่คุ้มค่า ก่อให้เกิดผลิตภาพแรงงานในระยะยาว

๔) ควรเร่งรัดพัฒนาการดำเนินงานเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพเชิงบูรณาการ และแบบต่อเนื่องตลอดเวลา โดยเริ่มตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศเพื่อให้

ประชาชนไทยมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในทุกสถานการณ์ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

๕) ควรมีการกำหนดนโยบายความร่วมมือระดับประเทศ โดยมีหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางในการพัฒนาความฉลาดทางด้านสุขภาพ นำแนวทางกระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การจัดปัจจัยเอื้อ การรณรงค์และสื่อสารความรู้สุขภาพในชุมชน เพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนที่ชัดเจน ได้แก่ กองสุกศึกษา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับประชาชนทุกกลุ่มวัยในระดับพื้นที่

๖) ควรกำหนดนโยบายและแผนการขับเคลื่อนเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในระดับประเทศเชิงรุก มุ่งไปในทิศทางเดียวกัน และนำสู่ผลลัพธ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เพื่อให้ไปสู่ความยั่งยืน จนสืบสานเป็นวัฒนธรรมการสร้างสุขภาพของพลเมืองอาเซียน

๗) ควรเสริมสร้างบทบาทของผู้บริหารระดับนโยบาย ผู้บริหารองค์กรภาครัฐให้เป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพ การบริหารจัดการตนเองที่เริ่มที่การสุขภาพกาย และจิตคือการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพคือภายในสู่ปรากฏการณ์ภายนอกคือการมีพฤติกรรมสุขภาพ และจากบุคคลสู่ ครอบครัว ชุมชนและสังคมกว้าง

๘) ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในลักษณะของการบูรณาการเชื่อมโยงองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างประเทศในเครือข่ายภูมิภาคอาเซียน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีการเคลื่อนย้ายทรัพยากรในการดำเนินงานทางสุขภาพร่วมกัน เช่น ประเทศไทย เมียนมาร์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มาเลเซีย กัมพูชา เนื่องจากในปัจจุบันในกลุ่มประเทศดังกล่าวนี้ มีการเคลื่อนย้ายแรงงานร่วมกันค่อนข้างมาก การสื่อสารทางด้านสุขภาพ และปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นปัญหาร่วมกันของกลุ่มประเทศดังกล่าว การกำหนดยุทธศาสตร์ร่วมกันในการพัฒนาความฉลาดทางด้านสุขภาพของพลเมือง จะเป็นการช่วยประหยัดทรัพยากรทางสาธารณสุข และก่อให้เกิดผลกระทบในเชิงผลลัพธ์ที่ยั่งยืนกว่าการดำเนินการเพียงลำพัง

๙) ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ของไทยในการพัฒนาประเทศเพื่อตอบรับแนวทางในข้อ ๗ ที่ชัดเจน โดยเน้นการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีของประชาชนในชาติให้เกิดการ รู้เท่าทัน เกิดความแตกฉานทางสุขภาพ เพื่อให้สามารถรองรับต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของประชาคมอาเซียน โดยเน้นการพัฒนาความสามารถหรือทักษะทางสุขภาพอย่างครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากร และเน้นการกำหนดแผนการปฏิบัติงานที่สามารถตอบสนองต่อแนวทางของยุทธศาสตร์ดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้ระยะเวลาเร่งด่วน โดยอาจจะต้องมีการกำหนดเป็นวาระของชาติในการสร้างความรู้ ความรู้เท่าทัน และขีดความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพของประชาชนในชาติ

๔.๓.๒ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

๑) การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการคิดวิเคราะห์และเน้นทักษะในการด้านต่างๆ ให้มากขึ้น ไม่ควรเน้นเพียงการให้ความรู้ในด้านเนื้อหาเท่านั้น

๒) ควรเน้นการประเมินความฉลาดทางสุขภาพใน ๒ ระดับ คือในระดับบุคคลและในระดับชุมชน ซึ่งในแต่ละระดับจะมีจุดเน้นในการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน การประเมินเพื่อระบุของความฉลาดทางสุขภาพในระดับบุคคล จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถกำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบุคคลที่มีความแตกต่างกันทางปัจจัยพื้นฐานได้อย่างถูกต้อง และการประเมินความฉลาดทางสุขภาพในระดับชุมชนออกมาอย่างชัดเจน จะช่วยให้นักสาธารณสุขสามารถปัจจัยปัจจัยเอื้อ/ปัจจัยแวดล้อมที่จะกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดการบรรลุผลลัพธ์ คือ ความฉลาดทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องตรงกับสภาพที่เป็นจริง

๓) ควรส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในส่วนโรงเรียน เนื่องจากนักเรียนเป็นวัยที่ควรได้มีการปลูกฝังพฤติกรรมในระยะเริ่มแรกเพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพด้านการป้องกันโรค

๔) ควรมีการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องของกระบวนการจัดการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ โดยอาจจัดกิจกรรมฝึกอบรม หรือ จัดทำสื่อประกอบการเรียนรู้ ที่พัฒนาจากปัญหาจริง อันจะทำให้เกิดกระตุ้นให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยกิจกรรมนั้นจะต้องมีลักษณะของการดำเนินงานที่เป็นสหวิทยาการ ใช้แนวทางในการดำเนินงานที่มีลักษณะเป็นแบบผสมวิธี เพื่อที่จะบูรณาการงาน แนวคิด ให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนในเบื้องต้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาประชาชนผู้รับบริการให้สามารถที่จะพัฒนาตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๕) ควรมีการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพทั้งในลักษณะรายบุคคล และรายชุมชนโดยนำผลการประเมินความฉลาดทางสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในการจัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อส่วน ชัดเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านความฉลาดทางสุขภาพประชาชนก่อนการเข้าสู่ประชาคม อาเซียน โดยเฉพาะในองค์ประกอบทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส และการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส

อนึ่งในองค์ประกอบของทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส นั้น จะต้องมีการพัฒนาอย่างเร่งด่วนในรูปของการจัดกิจกรรมที่เสริมความสามารถในการรับรู้สื่อ และการสื่อสารเพื่อให้เกิดการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพในวงกว้าง และวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเองและชุมชนที่ตนเองดำรงอยู่

๖) ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ โดยเฉพาะในส่วนพฤติกรรมที่ขาด เช่น อ อารมณ์ และ ๒ ส เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่จำเป็นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและปัญหาทางสังคมค่อนข้างมาก โดยควรมีระบบของการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ใน ๓ พฤติกรรมนี้ให้ชัดเจนและหน่วยงานภาครัฐในส่วนกลางความร่วมมือกันดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์ ด้านการต่อต้าน บุหรี่และสุราอย่างจริงจังในทิศทางเดียวกันปราศจากการขัดแย้งกันเชิงนโยบาย

๔.๓.๓ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรมีการศึกษาต่อไปว่ามีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆที่มีส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาพอีกหรือไม่ อะไรบ้าง เพื่อให้สามารถทำนายความฉลาดทางสุขภาพได้มากที่สุด

๒) ควรมีการวิจัยเพื่อกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของประชาชนที่เหมาะสม ซึ่งในแต่ละเนื้อหาของ ๓ อ ๒ ส นั้น ควรที่จะมีการวิจัยว่าสิ่งใดเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องเร่งดำเนินการ สิ่งใดที่เป็นสิ่งที่ประชาชนในพื้นที่สามารถที่จะจัดการด้วยตนเองได้ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวจะทำให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด

๓) ควรมีการวิจัยและพัฒนา ในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาองค์ประกอบต่างๆของความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละรายองค์ประกอบ โดยเฉพาะในองค์ประกอบที่มีปัญหา และมีความเปราะบางไปจากเกณฑ์กำหนดค่อนข้างมาก เพื่อที่จะได้ก่อให้เกิดรูปแบบที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง

๔) ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพิ่มเติม เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ มีระยะเวลาจำกัด จึงทำให้ศึกษาได้เพียงพื้นที่จังหวัดเดียว จึงอาจจะไม่เป็นตัวแทนที่ดีนักในการระบุถึงระดับความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บรรณานุกรม

- โกศล ภูศรี (๒๕๕๔). การพัฒนาตัวบ่งชี้รวมคุณลักษณะของครูนักวิจัยในยุคปฏิรูปการศึกษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วัดผลและสถิติการศึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (๒๕๕๔). ความฉลาดทางสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ณัฐภัทร์ เพ็ชรแก้ว. (๒๕๕๙). การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- เทียนทอง ต๊ะแก้ว. (๒๕๕๐). การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต. (๒๕๓๗). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุฉ่ำ. (๒๕๕๔). รายงานการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ (ระยะที่ ๑). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (๒๕๔๙). หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ ๓). สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- วสัน ปูนผล. (๒๕๕๑). การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณลักษณะนักเรียนที่มีความสามารถพิเศษทางวิทยาศาสตร์ การประยุกต์ใช้ระเบียบวิจัยแบบผสมวิธี. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (วิจัยและประเมินผลการศึกษา). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- วราพรรณ วงษ์จันทร์. (๒๕๔๗). การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (๒๕๔๙). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๔๑). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. ฉบับปรับปรุง แปลโดยพิสมัย จันทวิมล นนทบุรี.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (๒๕๔๑). การประเมินผลโครงการ: หลักการและการประยุกต์. (พิมพ์ครั้งที่ ๓). กรุงเทพฯ: เลียงเชียง.

- Antony, G.M., and Rao, K.V. (2007). A composite index to explain variations in poverty, health, nutritional status and standard of living: Use of multivariate statistical method. *Public Health*. 121 (8): 578-587.
- Angsana Boonthum.(2008). *Multidimensional Indicators of Healthy Women in Reproductive Age*. Dissertation, Ph.D. (Population and Development). School of Applied Statistics, National Institute of Development Administration. Photocopied.
- Aro H. and Taipale V. (1987). The Impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among 14 to 16 year old finnish girls. *Child development*. 58, 261-268.
- Baker, D.W., et al. (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *ARCH INTERN MED*. 167(14).
- Baker,R.R. and Bellis, M.A. (1995). *Human Sperm Competition: Copulation, Masturbation and Infidelity*. London: Chapman & Hall.
- Belsky. J, Steinberg L. and Draper P. (1991). Childhood experience, interpersonal development and reproduction stritye: an evolutionary theory of socialization. *Child Development*. 62, 647-670
- Brooks – Gunn, J. and Reiter E.O. (1990). *The role of pubertal processes*. In S.S Feldman and G.R. Elliot (eds), *At the threshold: The Developing Adolescent*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Burstein, L., Oakes, J., and Guiton, G. (1992). Education indicators. *Encyclopedia of Educational Research*, 2: 409-418.
- Fogel, C.I., and Lauver, D. (1990). *Sexual health promotion*. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Ge X, Conger R D and Elder GH. (1996). Coming of age too earlyly: Pubertal influences on girl’s vulnerability to psychological distress. *Child Development*. 67, 3386-3400.
- Golbeck A.L., Ahlers-Schmidt C.R., Paschal A.M. (2005). Health Literacy and adult basic education assessments. *Adult basic Education*. Fall, 15(3): 151-168
- Greenberg, J.S. Bruess, C.E., and Haffner, D.W. (2002). *Exploring the dimensions of human sexuality*. Boston: Jones and Bartlett.
- Hajkowicz, S. (2006). Multi-attributed environmental index construction. *Ecological Economics*. 57: 122-139.
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy : a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*. 23 (3): 269-274.

- Jordan J.E., Buchbinder R., Osborne R.H. (2010). Health Literacy and Communication: Conceptualizing health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*. 79: 36-42.
- Katz-Gerro, T., and Talmud, L. (2005). Structural analysis of a consumption-based stratification indicator: Relational proximity of household expenditures. *Social Indicators Research*. 73 (1): 109-132.
- Kickbusch, I.S. (2001). *Health Literacy: addressing the health and education divide*. Yale University School of Public Health. New Haven, CT, USA.
- Kickbusch, I.S. (2008). Health Literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education*, V.108 no.2.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006- 483)*. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Hair J.F, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL (2006). *Multivariate Data Analysis*. 6th ed. Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Hair, J.F., Tatham, R.L., Anderson, R.E., & Black, W. (2009). *Multivariate Data Analysis*. USA: Prentice Hall.
- Johnstone, J.N. (1981). *Indicators of Education Systems*. The United Kingdom: The Anchor Press Tiptree Essex.
- Manganello, J.A. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. 23: 5.
- Miles, Ian. (1985). *Social Indicators for human development*. London: Frances Printer.
- Murphy, D.A., Lam, P., Naar-King, S. and Harris, D.R. (2010). *Health literacy and antiretroviral adherence among HIV-infected adolescents*. Patient Education and Counseling. 79: 25-29.
- NAAL. (2006). National Assessment of Adult Literacy. *The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*. 15(8).
- Pender, N.J., (1996). *Health Promotion on Nursing Practice*. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.

- Podhisita, C., and Pattaravanich, U. (1996). *Youth in contemporary Thailand: Results form the family and youth survey*. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Rudd, R. E., Anderson, J. E., Oppenheimer, S., & Nath, C. (2007). Health literacy: An update of public health and medical literature. In J. P. Comings, B. Garner, & C. Rutter M and Rutter M. (1992). *Developing Mind's: Challenge and Continuity across the lifespain*. Haemondsworth: Penguin.
- Strinberg.L (1996). *Adolescence*. 4th ed. Boston: McGraw-Hill.
- Wilson, L., and Kneisl, S. (1992). *Psychiatric Nursing*. Redwood City: Addison-Wesley Nursing.
- Wong, D.L., et al. (1999). *Whaiey & Wong's Nursing care of infants and children*. St.Louis: Mosby.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion*. WHO Publications.
- World Health Organization. (2002). *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2006). Commonwealth Medical Association Trust and UNICEF. *Orientation programme on adolescent health for health-care providers: Handout New Module*. Department of Child and Adolescent Health Development, Geneva: World Health Organization, B-5.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (๒๕๕๓). *การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ*. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ปีที่ ๖ เล่มที่ ๒๓ ฉบับที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๒ - มกราคม ๒๕๕๓; ๔๖-๕๕.
- Berkman, N.D., Davis, T.C., McCormack, L. (2010). Health Literacy: What is it?, *Journal of Health Communication*, 15: 9-19.
- Berkman, N.D., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Sheridan, S. L., Lohr, K. N., Lux, L., et al. (2004). *Literacy and Health Outcomes* (AHRQ Publication No. 04-E007-2). ockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Chang, L. (2010). Health literacy, self-reported status and health promoting Behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 20: 190-196.
- Chilman, C.S. (1990, April). Family life education. *Family relation*. 39: 123-131.
- DeWalt, et al. (2004). Literacy and Health outcomes. *Journal of General International Medicine*. 19: 1228-1239.

- Mancuso J.M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 11: 77-89.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67: 2072-2078.
- Nutbeam D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54: 303-305.
- Parker, RM., Baker, D.W., William, M.V., Nurss, J.R. (1995). The test of Functional Health Literacy In Adult: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General internal Medicine*. 10: 537-541.
- Pleasant, A., Kuruvilla S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*. 23(2): 152-159.
- Smith. (Eds.), *Review of Adult Learning and Literacy*, V.7. pp 175–204. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 20(2): 195-203.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (๒๕๕๔). *จำนวนประชากรแยกตามอายุ*. สืบค้นเมื่อ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕, จาก <http://stat.bora.dopa.go.th/hpstat9/inhouse.htm>
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาไทย. (๒๕๕๓). *โครงการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของเด็กเยาวชน และครอบครัวด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา*. สืบค้นเมื่อ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕, จาก http://thaihl.org/wpcontent/uploads/2010/12/Ch1-_1-12_-fix.pdf
- Centre for Communicable Diseases and Infection Contro. (2012). *Canadian sexual health indicators survey: pilot test and validation phase : a report on results from the pilot-testing and validation of the Canadian sexual health indicators survey : final technical report*. Retrieved January 20, 2013, from http://www.creces.uqam.ca/Page/Document/Sexual_Health_Indicators_Survey_EN_Web.pdf
- Institute of Medicine: IOM. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Retrieved January 20, 2013, from <http://www.iom.edu>
- OECD. (2008). *Handbook on constructing composite indicators: Methodology and user guide*. Retrieved January 20, 2013, from <http://www.oecd.org>

- Saizman, J. (2003). *Methodological choices encountered in the construction of composite indices of economic and social well being*. Retrieved January 20, 2013, from <http://www.csls.ca/events/cea2003/salzman-typol-cea2003.pdf>[March 27, 2010]
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. Available from: http://whqlibdocwho.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_Eng.pdf [June 11 2012]
- World Health Organization, UNFPA. (2010). *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Retrieved January 20, 2013, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๕๓). *ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชน อายุ ๑๒-๑๕ ปี. นนทบุรี. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.*
- World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya.*

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตาราง จำนวนและร้อยละของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่อยู่อาศัย เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา

ปัจจัย	ระดับของปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย	อำเภอเมือง	๑๔๑	๓๓.๙๘
	อำเภอโพธาราม	๑๒๖	๓๐.๓๖
	อำเภอวัดเพลง	๑๔๘	๓๕.๖๖
	รวม	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
เพศ	ชาย	๒๑๒	๕๑.๐๘
	หญิง	๒๐๓	๔๘.๙๒
	รวม	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
อายุ	ต่ำกว่า ๓๕ ปี	๑๓๖	๓๒.๗๗
	๓๕ – ๕๙ ปี	๒๒๔	๕๓.๙๘
	ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป	๕๕	๑๓.๒๕
	รวม	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
อาชีพ	ชาวไร่ ชาวนา	๑๓๕	๓๒.๕๓
	รับจ้างทั่วไป	๙๙	๒๓.๘๖
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	๗๒	๑๗.๓๕
	พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/บริษัทเอกชน	๒๔	๕.๗๘
	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	๒๗	๖.๕๑
	นักเรียน/นักศึกษา	๕๘	๑๓.๙๘
	รวม	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	๒๑๒	๕๑.๐๘
	มัธยมศึกษาตอนต้น	๙๔	๒๒.๖๕
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	๕๙	๑๔.๒๒
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	๑๘	๔.๓๔
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	๓๒	๗.๗๑
	รวม	๔๑๕	๑๐๐.๐๐

ภาคผนวก ข

(๑) ตาราง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความฉลาดทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ

ลำดับ	องค์ประกอบ	$\bar{X}$	S	ระดับ
๑	ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการ ปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	๗๒.๙๓	๑๕.๐๕	ปานกลาง
๒	การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก พฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	๒.๔๗	.๗๖	ปานกลาง
๓	ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	๒.๐๔	.๓๖	ปานกลาง
๔	ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	๓.๐๑	.๖๔	สูง
๕	การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	๒.๕๘	.๕๔	ปานกลาง
๖	การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	๒.๓๗	.๘๘	ปานกลาง

(๒) ตาราง ผลการจัดลำดับความจำเป็นเร่งด่วนขององค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพของประชาชน

ลำดับ	องค์ประกอบ	เกณฑ์	$\bar{X}$	ร้อยละที่เบี่ยงเบน
๑	ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	๒.๖๗	๒.๐๔	๒๓.๕๙
๒	การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	๒.๖๗	๒.๓๗	๑๑.๒๔
๓	ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการ ปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	๘๐.๐๐	๗๒.๙๓	๘.๘๔
๔	การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก พฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	๒.๖๗	๒.๔๗	๗.๔๙
๕	การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	๒.๖๗	๒.๕๘	๓.๓๗
๖	ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	๓.๐๑	๓.๐๑	๐.๐๐

ภาคผนวก ค

(๑) ตาราง จำนวนและร้อยละของความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลัก
พฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็น
กลุ่มตัวอย่าง (n=๔๑๕)

ลำดับ	ข้อความถาม	คำตอบ					
		ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑	อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	๓๓๒	๘๐.๐๐	๘๓	๒๐.๐๐	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๒	การกินผักหลายๆ ชนิดที่มีสีสันท่างต่างกัน จะช่วยป้องกันไม่ป่วยด้วยโรคใดมากที่สุด	๒๘๕	๖๘.๖๗	๑๓๐	๓๑.๓๓	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๓	นิตหน้อยชอบรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง นิตหน้อย น่าจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคใดมากที่สุด	๓๙๙	๙๖.๑๔	๑๖	๓.๘๖	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๔	ก่อนการออกกำลังกายทุกครั้ง เราควรกระทำตามบุคคลในข้อใด	๓๘๔	๙๒.๕๓	๓๑	๗.๔๗	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๕	การออกกำลังกายที่จะส่งผลลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้นั้น ควรจะต้องออกกำลังกายเช่นไร	๒๗๙	๖๗.๒๓	๑๓๖	๓๒.๗๗	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๖	การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ๕ – ๑๐ นาที ทุกครั้งหลังการออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬา ก่อให้เกิดประโยชน์อะไรต่อร่างกายมากที่สุด	๒๔๗	๕๙.๕๒	๑๖๘	๔๐.๔๘	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๗	บุคคลในข้อใด ที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี	๓๖๑	๘๖.๙๙	๕๔	๑๓.๐๑	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๘	ผลของการจัดการกับอารมณ์ตนเองไม่ได้ จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในข้อใดเป็นอันดับแรก	๓๑๕	๗๕.๙๐	๑๐๐	๒๔.๑๐	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๙	หากต้องการคลายเครียด ควรกระทำตามข้อใด	๒๓๒	๕๕.๙๐	๑๘๓	๔๔.๑๐	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๑๐	สารใดในบุหรี่ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	๓๖๑	๘๖.๙๙	๕๔	๑๓.๐๑	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๑๑	โรคในข้อใดต่อไปนี้ ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่	๓๕๒	๘๔.๘๒	๖๓	๑๕.๑๘	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
๑๒	บุคคลในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด	๓๓๒	๘๐.๐๐	๘๓	๒๐.๐๐	๔๑๕	๑๐๐.๐๐

ลำดับ	ข้อความถาม	คำตอบ					
		ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑๓	อันตรายจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด						
	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลเกิด	๖๖	๑๕.๙๐	๓๔๙	๘๔.๑๐	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
	ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพใน						
	ด้านใดมากที่สุด						
๑๔	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะ	๓๖๓	๘๗.๔๗	๕๒	๑๒.๕๓	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
	ท้องว่าง ส่งผลให้เกิดสิ่งใด						
๑๕	การดื่มแอลกอฮอล์ในขณะขับขีรถยนต์	๒๓๒	๕๕.๙๐	๑๘๓	๔๔.๑๐	๔๑๕	๑๐๐.๐๐
	จะส่งผลอย่างไรบ้าง						

(๒) ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n=๔๑๕)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
อ.อาหาร		
ระดับสูง (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)	๒๔๓	๕๘.๕๕
ระดับปานกลาง (ร้อยละ ๖๐ -๗๙)	๑๑๗	๒๘.๑๙
ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)	๕๕	๑๓.๒๕
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๘๑.๖๑ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = ๒๔.๓๓ อยู่ในระดับสูง		
อ.ออกกำลังกาย		
ระดับสูง (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)	๑๘๓	๔๔.๑๐
ระดับปานกลาง (ร้อยละ ๖๐ -๗๙)	๑๔๒	๓๔.๒๒
ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)	๙๐	๒๑.๖๘
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๗๓.๐๙ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = ๒๘.๒๑ อยู่ในระดับปานกลาง		
อ.อารมณ์		
ระดับสูง (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)	๑๗๘	๔๒.๘๙
ระดับปานกลาง (ร้อยละ ๖๐ -๗๙)	๑๔๖	๓๕.๑๘
ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)	๙๑	๒๑.๙๓
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๗๒.๙๓ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = ๒๗.๔๘ อยู่ในระดับปานกลาง		

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ส. สุนัข		
ระดับสูง (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)	๒๕๗	๖๑.๙๓
ระดับปานกลาง (ร้อยละ ๖๐ -๗๙)	๑๒๒	๒๙.๔๐
ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)	๓๖	๘.๖๗
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๘๓.๙๔ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = ๒๓.๑๕ อยู่ในระดับสูง		
ส. สุรา		
ระดับสูง (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)	๓๒	๗.๗๑
ระดับปานกลาง (ร้อยละ ๖๐ -๗๙)	๒๐๗	๔๙.๘๘
ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)	๑๗๖	๔๒.๔๑
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๕๓.๐๙ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = ๒๓.๙๘ อยู่ในระดับน้อย		
รวมทุกพฤติกรรม		
ระดับสูง (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)	๑๙๒	๔๖.๒๗
ระดับปานกลาง (ร้อยละ ๖๐ -๗๙)	๑๕๘	๓๘.๐๗
ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)	๖๕	๑๕.๖๖
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๗๒.๙๓ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = ๑๕.๐๕ อยู่ในระดับปานกลาง		

ภาคผนวก ข

ตาราง จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n=๔๑๕)

ลำดับ	ข้อความถาม	พฤติกรรมการปฏิบัติ(จำนวน/ร้อยละ)					รวม
		ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
๑	เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน	๕๑ (๑๒.๒๙)	๑๙๕ (๔๖.๙๙)	๑๒๘ (๓๐.๘๔)	๓๒ (๗.๗๑)	๙ (๒.๑๗)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๒	เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ท่านสามารถค้นหาจนได้ข้อมูลที่ต้องการ ทันสมัยบ่อยครั้งแค่ไหน	๕๒ (๑๒.๕๓)	๑๖๖ (๔๐.๐๐)	๑๔๙ (๓๕.๙๐)	๓๙ (๙.๔๐)	๙ (๒.๑๗)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๓	ท่านมีปัญหาในการค้นหาข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส จากแหล่งข้อมูลสุขภาพต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งแค่ไหน	๑๖ (๓.๘๖)	๓๖ (๘.๖๗)	๑๗๐ (๔๐.๙๖)	๑๓๑ (๓๑.๕๗)	๖๒ (๑๔.๙๔)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๔	ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส โดยการสืบค้นมาจากหลายๆ แหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๒ (๑๐.๑๒)	๑๒๔ (๒๙.๘๘)	๑๙๗ (๔๗.๔๗)	๔๐ (๙.๖๔)	๑๒ (๒.๘๙)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๕	ท่านมีการตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส จนเชื่อว่าข้อมูลดังกล่าว มีความน่าเชื่อถือบ่อยครั้งแค่ไหน	๕๕ (๑๓.๒๕)	๑๓๐ (๓๑.๓๓)	๑๗๙ (๔๓.๑๓)	๓๖ (๘.๖๗)	๑๕ (๓.๖๑)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)

ภาคผนวก ง

ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n=๔๑๕)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (๒.๖๗ – ๔.๐๐)	๑๕๐	๓๖.๑๔
ระดับปานกลาง (๑.๓๔ - ๒.๖๖)	๒๑๖	๕๒.๐๕
ระดับน้อย (๐.๐๐ – ๑.๓๓)	๔๙	๑๑.๘๑
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๒.๔๗ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = .๗๖ อยู่ในระดับปานกลาง		

ภาคผนวก จ

ตาราง จำนวนและร้อยละของทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส
ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
(n=๔๑๕)

ลำดับ	ข้อความถาม	พฤติกรรมการปฏิบัติ(จำนวน/ร้อยละ)					รวม
		ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
๑	ท่านเคยได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตนตามหลัก ๓ อ ๒ ส แล้ว พบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน	๒๔ (๕.๗๘)	๑๓๘ (๓๓.๒๕)	๑๗๓ (๔๑.๖๙)	๗๓ (๑๗.๕๙)	๗ (๑.๖๙)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๒	ท่านเคยได้ฟังคำแนะนำเรื่องการ ปฏิบัติตนตามหลัก ๓ อ ๒ ส จาก บุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ เนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน	๓๔ (๘.๑๙)	๑๐๔ (๒๕.๐๖)	๑๙๘ (๔๗.๗๑)	๖๖ (๑๕.๙๐)	๑๓ (๓.๑๓)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๓	ท่านเคยต้องขอความช่วยเหลือจาก บุคคลอื่น เพื่อช่วยให้สามารถอ่าน ข้อมูลจากสื่อสุขภาพเกี่ยวกับเรื่อง ๓ อ ๒ ส บ่อยครั้งแค่ไหน	๓๐ (๗.๒๓)	๑๒๐ (๒๘.๙๒)	๑๗๔ (๔๑.๙๓)	๗๐ (๑๖.๘๗)	๒๑ (๕.๐๖)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๔	ท่านเคยเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ให้กับคนอื่นๆ เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ฯ ได้รับฟัง จนบุคคล ดังกล่าวเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๔ (๑๐.๕๑)	๑๒๕ (๓๐.๓๖)	๑๖๕ (๓๙.๗๖)	๕๔ (๑๓.๐๒)	๒๗ (๖.๖๐)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๕	ท่านแสดงออกในการพูด อ่าน เขียน ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก พฤติกรรม ๓ อ ๒ ส เพื่อให้คนอื่น เข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	๓๗ (๘.๙๒)	๑๒๒ (๒๖.๙๙)	๑๗๙ (๔๓.๑๓)	๖๙ (๑๖.๖๓)	๑๘ (๔.๓๔)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๖	ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่น ยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ที่ ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๔ (๑๐.๖๐)	๑๐๗ (๒๕.๗๘)	๑๗๙ (๔๓.๑๓)	๖๒ (๑๔.๙๔)	๒๓ (๕.๕๔)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)

ภาคผนวก ฉ

ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n=๔๑๕)

ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (๒.๖๗ – ๔.๐๐)	๒๔	๕.๗๘
ระดับปานกลาง (๑.๓๔ - ๒.๖๖)	๓๑๗	๗๖.๓๙
ระดับน้อย (๐.๐๐ – ๑.๓๓)	๗๔	๑๗.๘๓
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๒.๐๔ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = .๓๖ อยู่ในระดับปานกลาง		

ภาคผนวก ข

ตาราง จำนวนและร้อยละของ ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม
๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่ม
ตัวอย่าง (n=๔๑๕)

ลำดับ	ข้อความถาม	คะแนนพฤติกรรมที่ได้ (จำนวน/ร้อยละ)				
		๔	๓	๒	๑	รวม
๑	เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้าน ของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชื้อ เชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อ สุขภาพ เช่น หวาน หรือ มัน จนเกินไป ท่านจะตัดสินใจทำ อย่างไร	๑๑๔ (๒๗.๔๗)	๑๑๙ (๒๘.๖๗)	๑๕๓ (๓๖.๘๗)	๒๙ (๖.๙๙)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๒	หากท่านและเพื่อนของท่าน ออก กำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอก ว่าไม่อยากออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร	๒๗๑ (๖๕.๓๐)	๖๙ (๑๖.๖๓)	๔๗ (๑๑.๓๓)	๒๘ (๖.๗๕)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๓	หากท่านมีความเครียดจาก สถานการณ์ที่รุนแรงในตัวท่าน ท่านจะ เลือกปฏิบัติตนในข้อใด	๑๒๔ (๒๙.๘๘)	๔๔ (๑๐.๖๐)	๗๐ (๑๖.๘๗)	๑๗๗ (๔๒.๖๕)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๔	หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของท่านสูบ บุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้าน เสมอๆ ท่านจะทำอย่างไร	๒๘๒ (๖๗.๙๕)	๕๑ (๑๒.๒๙)	๖๗ (๑๖.๑๔)	๑๕ (๓.๖๑)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๕	หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และ ปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะ ปฏิบัติตนเช่นไร	๒๖๔ (๖๓.๖๑)	๔ (๐.๙๖)	๗๑ (๑๗.๑๑)	๗๖ (๑๘.๓๑)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)

ภาคผนวก ข

ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้าง
พฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับ
ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n=๔๑๕)

ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก พฤติกรรม ๓ อ ๒ ส	จำนวน	ร้อยละ
ถูกต้องสูง (๓.๐๑ – ๔.๐๐)	๒๑๓	๕๑.๓๓
ถูกต้องปานกลาง (๒.๐๑ - ๓.๐๐)	๑๖๐	๓๘.๕๕
ถูกต้องน้อย (๑.๐๐ – ๒.๐๐)	๔๒	๑๐.๑๒
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๓.๐๑ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = .๖๔อยู่ในระดับสูง		

ภาคผนวก ฅ

ตาราง จำนวนและร้อยละของทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง (n=๔๑๕)

ลำดับ	ข้อความถาม	พฤติกรรมปฏิบัติ(จำนวน/ร้อยละ)					รวม
		ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
๑	ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่รับประทานในแต่ละครั้ง บ่อยครั้งแค่ไหน	๖๓ (๑๕.๑๘)	๒๐๓ (๔๘.๙๒)	๑๐๕ (๒๕.๓๐)	๒๙ (๖.๙๙)	๑๕ (๓.๖๑)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๒	ท่านวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๘ (๑๑.๕๗)	๑๖๖ (๔๐.๐๐)	๑๖๐ (๓๘.๕๕)	๒๒ (๕.๓๐)	๑๙ (๔.๕๘)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๓	ท่านประเมินอารมณ์ตนเองว่ามีเครียดหรือไม่ และเมื่อมีความเครียดท่านได้ดำเนินการแก้ไขหรือลดความเครียดนั้นลง ด้วยวิธีการต่างๆ บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๘ (๑๑.๕๗)	๑๗๑ (๔๑.๒๐)	๑๕๒ (๓๖.๖๓)	๓๑ (๗.๔๗)	๑๓ (๓.๑๓)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๔	เมื่อท่านมีปัญหาในชีวิต เช่น ความเครียด ท่านหาทางออก ด้วยการสูบบุหรี่ บ่อยครั้งแค่ไหน	๒๕ (๖.๐๒)	๖๔ (๑๕.๔๒)	๕๐ (๑๒.๐๕)	๕๕ (๑๓.๒๕)	๒๒๑ (๕๓.๒๕)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๕	เมื่อท่านมีปัญหาในชีวิต ท่านแก้ปัญหาด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยครั้งแค่ไหน	๓๐ (๗.๒๓)	๕๑ (๑๒.๒๙)	๕๔ (๑๓.๐๑)	๖๙ (๑๖.๖๓)	๒๑๑ (๕๐.๘๔)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๖	ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๕ (๑๐.๘๔)	๑๑๐ (๒๖.๕๑)	๑๗๑ (๔๑.๒๐)	๗๐ (๑๖.๘๗)	๑๙ (๔.๕๘)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๗	ท่านได้ปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๗ (๑๑.๓๓)	๑๔๑ (๓๓.๙๘)	๑๕๑ (๓๖.๓๙)	๖๔ (๑๕.๔๒)	๑๒ (๒.๘๙)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)

ภาคผนวก ญ

ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n=๔๑๕)

การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (๒.๖๗ – ๔.๐๐)	๑๘๙	๔๕.๕๔
ระดับปานกลาง (๑.๓๔ - ๒.๖๖)	๒๑๗	๕๒.๒๙
ระดับน้อย (๐.๐๐ – ๑.๓๓)	๙	๒.๑๗
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๒.๕๘ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = .๕๔ อยู่ในระดับปานกลาง		

ภาคผนวก ก

ตาราง จำนวนและร้อยละของการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n= ๔๑๕)

ลำดับ	ข้อความถาม	พฤติกรรมการปฏิบัติ(จำนวน/ร้อยละ)					รวม
		ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
๑	เมื่อท่านเห็นโฆษณาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหาร วิธีการออกกำลังกาย บุหรี่ หรือสุราชนิดใหม่ๆ ทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านมีการหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	๖๘ (๑๖.๓๙)	๑๖๙ (๔๐.๗๒)	๑๐๕ (๒๕.๓๐)	๒๘ (๖.๗๕)	๔๕ (๑๐.๘๔)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๒	เมื่อท่านโฆษณาทางสินค้าในที่สาธารณะ หรือจากเว็บไซต์ และท่านมีความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสินค้าก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	๖๓ (๑๕.๑๘)	๑๔๗ (๓๕.๔๒)	๑๓๒ (๓๑.๘๑)	๓๒ (๗.๗๑)	๔๑ (๙.๘๘)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๓	ท่านมีการใช้เหตุผล หรือ มีการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลัก ๓ อ ๒ ส บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๗ (๑๑.๓๓)	๑๕๓ (๓๖.๘๗)	๑๕๘ (๓๘.๐๗)	๔๕ (๑๐.๘๔)	๑๒ (๒.๘๙)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๔	เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมิน เนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันที บ่อยครั้งแค่ไหน	๔๖ (๑๑.๐๘)	๑๒๐ (๒๘.๙๒)	๑๗๑ (๔๑.๒๐)	๕๙ (๑๔.๒๒)	๑๙ (๔.๕๘)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)
๕	ท่านจะพูดคุย วิพากษ์ วิวิจารณ์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลจากสื่อต่างๆ บ่อยแค่ไหน	๔๕ (๑๐.๘๔)	๑๔๕ (๓๕.๙๔)	๑๔๒ (๓๔.๒๒)	๕๘ (๑๓.๙๘)	๒๕ (๖.๐๒)	๔๑๕ (๑๐๐.๐๐)

ภาคผนวก ก

ตาราง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้าง
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่ชายแดนที่ติดต่อกับ
ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n=๔๑๕)

การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (๒.๖๗ - ๔.๐๐)	๑๔๖	๓๕.๑๘
ระดับปานกลาง (๑.๓๔ - ๒.๖๖)	๒๑๖	๕๒.๐๕
ระดับน้อย (๐.๐๐ - ๑.๓๓)	๕๓	๑๒.๗๗
ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = ๒.๓๗ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) = .๘๘ อยู่ในระดับปานกลาง		

ภาคผนวก ร

ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามที่อยู่อาศัย (n=๔๑๕)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๒๘๒.๕๗๐	๒	๑๔๑.๒๘๕	.๖๒๓	.๕๓๗
ภายในกลุ่ม	๙๓๔๗๒.๗๑๘	๔๑๒	๒๒๖.๘๗๖		
รวม	๙๓๗๕๕.๒๘๘	๔๑๔			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๔.๒๕๐	๒	๒.๑๒๕	๓.๗๖๖	.๐๒๔
ภายในกลุ่ม	๒๓๒.๔๓๔	๔๑๒	.๕๖๔		
รวม	๒๓๖.๖๘๓	๔๑๔			
ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	.๑๑๕	๒	.๐๕๘	.๔๓๕	.๖๔๘
ภายในกลุ่ม	๕๔.๗๒๘	๔๑๒	.๑๓๓		
รวม	๕๔.๘๔๔	๔๑๔			
ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๗.๖๕๖	๒	๓.๘๒๘	๙.๖๙๔	<.๐๐๑*
ภายในกลุ่ม	๑๖๒.๗๐๓	๔๑๒	.๓๙๕		
รวม	๑๗๐.๓๕๙	๔๑๔			
การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	.๕๗๖	๒	.๒๘๘	.๙๗๗	.๓๗๗
ภายในกลุ่ม	๑๒๑.๕๑๘	๔๑๒	.๒๙๕		
รวม	๑๒๒.๐๙๔	๔๑๔			
การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๑.๓๓๐	๒	.๖๖๕	.๘๕๓	.๔๒๗
ภายในกลุ่ม	๓๒๑.๓๙๕	๔๑๒	.๗๘๐		
รวม	๓๒๒.๗๒๕	๔๑๔			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ข

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรที่อยู่อาศัยด้วยวิธีการของทูก็

ที่อยู่อาศัย	อำเภอเมือง	อำเภอโพธาราม	อำเภอดำเนินสะดวก
อำเภอเมือง	-	.๒๔๑๑*	.๑๗๗๑*
อำเภอโพธาราม		-	-.๐๖๔๐
อำเภอดำเนินสะดวก			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ฅ

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านทักษะ
การตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรที่อยู่อาศัยด้วย
วิธีการของทูกี

ที่อยู่อาศัย	อำเภอเมือง	อำเภอโพธาราม	อำเภอดำเนินสะดวก
อำเภอเมือง	-	.๓๒๒๓*	.๒๖๓๗*
อำเภอโพธาราม		-	-.๐๘๗๔
อำเภอดำเนินสะดวก			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ฅ

ตาราง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ ตามตัวแปรเพศ (n=๔๑๕)

องค์ประกอบ	n	$\bar{X}$	S	t	Sig
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ชาย	๒๑๒	๗๒.๒๖	๑๕.๖๑	.๙๒๓	.๓๕๖
หญิง	๒๐๓	๗๓.๖๓	๑๔.๔๕		
ตาราง ๒๐ (ต่อ)					
องค์ประกอบ	n	$\bar{X}$	S	t	Sig
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ชาย	๒๑๒	๒.๔๕	.๘๐	.๕๔๔	.๕๘๗
หญิง	๒๐๓	๒.๔๙	.๗๑		
ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ชาย	๒๑๒	๑.๙๙	.๓๗	.๙๑๒	.๓๖๒
หญิง	๒๐๓	๒.๐๓	.๓๖		
ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ชาย	๒๑๒	๒.๙๓	.๖๘	๒.๒๙๙	.๐๒๒*
หญิง	๒๐๓	๓.๐๗	.๕๙		
การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ชาย	๒๑๒	๒.๔๗	.๕๖	๔.๑๑๓	<.๐๐๑*
หญิง	๒๐๓	๒.๖๙	.๕๐		
การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ชาย	๒๑๒	๒.๓๘	.๙๒	.๑๗๑	.๘๖๔
หญิง	๒๐๓	๒.๓๖	.๘๔		

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ด

ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามช่วงอายุ (n=๔๑๕)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๓๐๕.๘๒๗	๒	๑๕๒.๙๑๔	.๖๗๔	.๕๑๐
ภายในกลุ่ม	๙๓๔๔๙.๔๖๐	๔๑๒	๒๒๖.๘๑๙		
รวม	๙๓๗๕๕.๒๘๘	๔๑๔			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	.๘๒๖	๒	.๔๑๓	.๗๒๑	.๔๘๗
ภายในกลุ่ม	๒๓๕.๘๕๘	๔๑๒	.๕๗๒		
รวม	๒๓๖.๖๘๓	๔๑๔			
ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	.๕๔๗	๒	.๒๗๓	๒.๐๗๕	.๑๒๗
ภายในกลุ่ม	๕๔.๒๙๗	๔๑๒	.๑๓๒		
รวม	๕๔.๘๔๔	๔๑๔			
ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	.๔๓๐	๒	.๒๑๕	.๕๒๑	.๕๙๔
ภายในกลุ่ม	๑๖๙.๙๒๙	๔๑๒	.๔๑๒		
รวม	๑๗๐.๓๕๙	๔๑๔			
การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	.๕๑๘	๒	.๒๕๙	.๘๗๘	.๔๑๖
ภายในกลุ่ม	๑๒๑.๕๗๖	๔๑๒	.๒๙๕		
รวม	๑๒๒.๐๙๔	๔๑๔			
การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๒.๖๘๗	๒	๑.๓๔๔	๑.๗๓๐	.๑๗๙
ภายในกลุ่ม	๓๒๐.๐๓๘	๔๑๒	.๗๗๗		
รวม	๓๒๒.๗๒๕	๔๑๔			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ต

ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามอาชีพ (n=๔๑๕)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๖๒๙๗.๓๖๙	๕	๑๒๕๙.๔๗๔	๕.๘๙๐*	<.๐๐๑
ภายในกลุ่ม	๘๗๔๕๗.๙๑๙	๔๐๙	๒๑๓.๘๓๔		
รวม	๙๓๗๕๕.๒๘๘	๔๑๔			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๗.๕๙๒	๕	๑.๕๑๘	๒.๗๑๑*	.๐๒๐
ภายในกลุ่ม	๒๒๙.๐๙๒	๔๐๙	.๕๖๐		
รวม	๒๓๖.๖๘๓	๔๑๔			
ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๑.๐๖๖	๕	.๒๑๓	๑.๖๒๒	.๑๕๓
ภายในกลุ่ม	๕๓.๗๗๘	๔๐๙	.๑๓๑		
รวม	๕๔.๘๔๔	๔๑๔			
ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๒.๒๑๕	๕	.๔๔๓	๑.๐๗๘	.๓๗๒
ภายในกลุ่ม	๑๖๘.๑๔๔	๔๐๙	.๔๑๑		
รวม	๑๗๐.๓๕๙	๔๑๔			
การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๓.๗๕๘	๕	.๗๕๒	๒.๕๙๘*	.๐๒๕
ภายในกลุ่ม	๑๑๘.๓๓๖	๔๐๙	.๒๘๙		
รวม	๑๒๒.๐๙๔	๔๑๔			
การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๑๖.๙๔๒	๕	๓.๓๘๘	๔.๕๓๒*	<.๐๐๑
ภายในกลุ่ม	๓๐๕.๗๘๓	๔๐๙	.๗๔๘		
รวม	๓๒๒.๗๒๕	๔๑๔			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ก

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูกี

อาชีพ	ชาวไร่ ชาวนา	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย/ ธุรกิจ ส่วนตัว	พนักงาน โรงงาน อุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน	รับราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	นักเรียน/ นักศึกษา
ชาวไร่ ชาวนา	-	๒.๗๒๐๕	-๐.๗๔๑	-๔.๒๔๐๗	-๔.๖๔๒๐	๙.๖๕๗๗*
รับจ้างทั่วไป		-	-๒.๗๔๑๖	-๖.๙๖๑๓	-๗.๓๖๒๕	๖.๙๓๗๒
ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว			-	-๔.๑๖๖๗	-๔.๕๖๗๙	๙.๗๓๑๘*
พนักงานโรงงาน อุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน				-	-๔.๐๑๒	๑๓.๘๘๘๕*
รับราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ					-	๑๔.๒๙๙๗*
นักเรียน/นักศึกษา						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ๘

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูกี

อาชีพ	ชาวไร่ ชาวนา	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย/ ธุรกิจ ส่วนตัว	พนักงาน โรงงาน อุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน	รับราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	นักเรียน/ นักศึกษา
ชาวไร่ ชาวนา	-	.๑๗๐๐	.๑๒๔๓	-.๐๓๙๖	-.๒๗๘๕	.๒๖๔๔
รับจ้างทั่วไป		-	-.๐๔๕๗	-.๒๐๙๖	-.๔๔๘๕	.๐๙๔๔
ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว			-	-.๑๖๓๙	-.๔๐๒๘	.๑๔๐๑
พนักงานโรงงาน อุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน				-	-.๒๓๘๙	.๓๐๔๐
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ					-	.๕๔๒๙*
นักเรียน/นักศึกษา						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ท

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของทูกี

อาชีพ	ชาวไร่ ชาวนา	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย/ ธุรกิจ ส่วนตัว	พนักงาน โรงงาน อุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน	รับราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	นักเรียน/ นักศึกษา
ชาวไร่ ชาวนา	-	.๑๕๗๒*	-.๐๔๓๔	.๐๑๐๒	-.๑๓๘๖	.๑๕๗๘
รับจ้างทั่วไป		-	-.๒๐๐๖*	-.๑๔๗๐	-.๒๙๕๘*	.๐๐๐๖
ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว			-	.๐๕๓๖	-.๐๙๕๒	.๒๐๑๑*
พนักงานโรงงาน อุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน				-	-.๑๔๘๘	-.๑๔๗๖
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ					-	.๒๙๖๔*
นักเรียน/นักศึกษา						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก น

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการ
รู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรอาชีพด้วยวิธีการของ
ทูกี

อาชีพ	ชาวไร่ ชาวนา	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย/ ธุรกิจ ส่วนตัว	พนักงาน โรงงาน อุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน	รับราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	นักเรียน/ นักศึกษา
ชาวไร่ ชาวนา	-	.๐๑๗๖	.๒๑๒๖	-.๐๑๘๐	-.๐๐๕๙	.๕๘๓๕*
รับจ้างทั่วไป		-	.๑๙๔๙	-.๐๓๕๖	-.๐๒๓๖	.๕๖๕๘*
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว			-	-.๒๓๐๖	-.๒๑๘๕	.๓๗๐๙*
พนักงานโรงงาน อุตสาหกรรม/ บริษัทเอกชน				-	.๐๑๒๐	.๖๙๑๔*
รับราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ					-	.๕๘๙๔*
นักเรียน/นักศึกษา						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก บ

ตาราง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามระดับการศึกษา (n=๔๑๕)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๕๒๔๕.๖๙๐	๔	๑๓๑๑.๔๒๓	๖.๐๗๕*	<.๐๐๑
ภายในกลุ่ม	๘๘๕๐๙.๕๙๗	๔๑๐	๒๑๕.๘๗๗		
รวม	๙๓๗๕๕.๒๘๘	๔๑๔			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๕.๔๒๑	๔	๑.๓๕๕	๒.๔๐๓*	.๐๔๙
ภายในกลุ่ม	๒๓๑.๒๖๓	๔๑๐	.๕๖๔		
รวม	๒๓๖.๖๘๓	๔๑๔			
ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๒.๙๘๐	๔	.๗๔๕	๕.๘๙๐*	<.๐๐๑
ภายในกลุ่ม	๕๑.๘๖๔	๔๑๐	.๑๒๖		
รวม	๕๔.๘๔๔	๔๑๔			
ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๕.๔๓๖	๔	๑.๓๕๙	๓.๓๗๘*	.๐๑๐
ภายในกลุ่ม	๑๖๔.๙๒๓	๔๑๐	.๔๐๒		
รวม	๑๗๐.๓๕๙	๔๑๔			
การจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๖.๖๒๔	๔	๑.๖๕๖	๕.๘๘๐*	<.๐๐๑
ภายในกลุ่ม	๑๑๕.๔๗๐	๔๑๐	.๒๘๒		
รวม	๑๒๒.๐๙๔	๔๑๔			
การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส					
ระหว่างกลุ่ม	๖.๗๐๕	๔	๑.๖๗๖	๒.๑๗๕	.๐๗๑
ภายในกลุ่ม	๓๑๖.๐๒๑	๔๑๐	.๗๗๑		
รวม	๓๒๒.๗๒๕	๔๑๔			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ป

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษา ด้วยวิธีการของทูกี

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	อนุปริญญาหรือ เทียบเท่า	ปริญญาตรีหรือ สูงกว่า
ประถมศึกษา	-	.๙๙๒๐	-๗.๓๙๙๐*	-๗.๓๘๖๔	-๘.๔๕๑๓*
มัธยมศึกษา ตอนต้น		-	-๘.๓๘๙๒*	-๘.๓๗๖๗	-๙.๔๔๑๕*
มัธยมศึกษา ตอนปลาย			-	.๐๑๒๖	-๑.๐๕๒๓
อนุปริญญาหรือ เทียบเท่า				-	-๑.๐๖๔๘
ปริญญาตรีหรือ สูงกว่า					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ผ

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูกี้

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	อนุปริญญาหรือ เทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
ประถมศึกษา	-	.๐๖๘๒	-.๓๐๐๑	-.๐๓๔๖	-.๐๕๕๔
มัธยมศึกษา ตอนต้น		-	-.๓๖๘๔*	-.๑๐๒๘	-.๑๒๓๗
มัธยมศึกษา ตอนปลาย			-	.๒๖๕๕	.๒๔๗๗
อนุปริญญาหรือ เทียบเท่า				-	-.๐๒๐๘
ปริญญาตรีหรือ สูงกว่า					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ๘

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านทักษะ
การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการ
ของทูกี

ระดับ การศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
ประถมศึกษา	-	-.๐๗๓๐	-.๐๓๐๘	-.๐๙๔๙	-.๓๒๐๖*
มัธยมศึกษา ตอนต้น		-	.๐๔๒๒	-.๐๒๑๙	-.๒๔๗๖*
มัธยมศึกษา ตอนปลาย			-	-.๐๖๔๐	-.๒๘๙๗*
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า				-	-.๒๒๕๗
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก พ

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านทักษะ
การตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับ
การศึกษาด้วยวิธีการของทูเก้

ระดับ การศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
ประถมศึกษา	-	.๐๑๖๐	-.๒๓๑๔*	-.๔๑๔๐*	-.๑๒๗๒
มัธยมศึกษา ตอนต้น		-	-.๒๔๗๓*	-.๔๓๐๐*	-.๑๔๓๒
มัธยมศึกษา ตอนปลาย			-	-.๑๘๒๗	-.๑๐๔๑
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า				-	.๒๘๖๘
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก พ

ตาราง การทดสอบรายคู่ภายหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนความฉลาดด้านสุขภาพในด้านการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามตัวแปรระดับการศึกษาด้วยวิธีการของทูกี

ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	มัธยมศึกษา ตอนปลาย	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
ประถมศึกษา	-	.๐๐๗๒	-.๒๘๕๔*	-.๑๕๐๐	-.๓๓๐๕*
มัธยมศึกษา ตอนต้น		-	-.๒๙๒๗*	-.๑๕๗๒	-.๓๓๗๘*
มัธยมศึกษา ตอนปลาย			-	.๑๓๕๕	-.๐๔๕๑
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า				-	-.๑๘๐๖
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

ภาคผนวก ก
ประเด็นการสนทนากลุ่ม
“การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ)
ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง”

ประเด็นหลักที่ ๑ : ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ)
ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อคำถาม

๑.ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก ๓ อ ๒ ส อย่างไร
(แยกตามรายพฤติกรรม)

- อ. อาหาร
- อ. ออกกำลังกาย
- อ. อารมณ์
- ส สุขบุหรี่
- ส สุรา

๒.ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ทางสุขภาพ) มากน้อย
เพียงใด (แยกตามรายองค์ประกอบ)

- การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ
- ความรู้ ความเข้าใจ
- ทักษะการสื่อสาร
- ทักษะการตัดสินใจ
- การจัดการตนเอง
- การรู้เท่าทันสื่อ

ประเด็นหลักที่ ๒ : สถานการณ์การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่ดำเนินการอยู่จริงในระดับพื้นที่

ข้อคำถาม

๑. ในระดับพื้นที่ มีการจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง มากน้อยเพียงใด
๒. ลักษณะของกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในด้านของการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ ที่ดำเนินการอยู่ มีอะไรบ้าง
๓. ลักษณะของกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ในด้านการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่ดำเนินการอยู่ในระดับพื้นที่ มีอะไรบ้าง
๔. ลักษณะของกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในด้านทักษะการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ดำเนินการอยู่ในระดับพื้นที่ มีอะไรบ้าง
๕. ลักษณะของกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในด้านทักษะการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ดำเนินการอยู่ในระดับพื้นที่ มีอะไรบ้าง
๖. ลักษณะของกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในด้านการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ดำเนินการอยู่ในระดับพื้นที่ มีอะไรบ้าง
๗. ลักษณะของกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในด้านความรู้เท่าทันสื่อที่เกี่ยวข้องกับหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ดำเนินการอยู่ในระดับพื้นที่ มีอะไรบ้าง

ประเด็นหลักที่ ๓ : ผลลัพธ์ของการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่มีต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ข้อคำถาม

๑. ท่านคิดว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส หรือไม่ และอย่างไร แยกตามรายพฤติกรรม

- อ. อาหาร
- อ. ออกกำลังกาย
- อ. อารมณ์
- ส สุขบุหรี่
- ส สุรา

๒. จากกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่ท่านดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ท่านคิดว่าสามารถพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้มากน้อยเพียงใด แยกตามรายองค์ประกอบ

- การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ
- ความรู้ ความเข้าใจ
- ทักษะการสื่อสาร
- ทักษะการตัดสินใจ
- การจัดการตนเอง
- การรู้เท่าทันสื่อ

๓. ในการจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ตามข้อ ๒ ที่ท่านดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนั้น ท่านมีแนวคิดหรือมูลเหตุจูงใจอย่างไร จึงจัดกิจกรรมดังกล่าวขึ้นมา

๔. การจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ท่านดำเนินการอยู่นั้น ประชาชนกลุ่มเสี่ยง(กลุ่มเป้าหมาย) ของท่าน มีบทบาท หรือ มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมมากน้อยเพียงใด และอย่างไร

ประเด็นหลักที่ ๔ : แนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่ควรจะเป็น

ข้อคำถาม

๔.๑ ระดับของนโยบายและหน่วยงานสนับสนุน

๑. ท่านคิดว่านโยบายการดำเนินงานพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ในปัจจุบัน มีความเหมาะสม หรือ ชัดเจนมากน้อยเพียงใด
๒. แนวทางที่เหมาะสมในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ในปัจจุบัน ที่ควรจะเป็นคืออะไร
๓. ในปัจจุบัน หน่วยงานต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพื้นที่ ตั้งแต่ระดับส่วนกลาง ส่วนจังหวัด และส่วนอำเภอ มีบทบาท หน้าที่ในการกระตุ้นเพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส เพียงพอแล้วหรือไม่ อย่างไร
สนับสนุนงบประมาณบ้าง ทุกอย่างอยู่ที่ สปสข หัวหน้า คือ สปสข กระทรวงไม่มีบทบาทเลย
คุณภาพของงานอยู่ที่สปสข เน้นเป้าหมายมากเกินไป เช่นงานอนามัย แม่และเด็ก มาบีบบังคับเจ้าหน้าที่
๔. ท่านคิดว่าหน่วยงานสนับสนุนในระดับต่างๆ ที่จะช่วยให้การดำเนินงานพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ประสบความสำเร็จ ควรมีบทบาทและหน้าที่เช่นไร จำแนกในแต่ละระดับ

- ระดับส่วนกลาง (กระทรวง กรม กอง)
- ระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด CUP)
- ระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ CUP)

๔.๒ ระดับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติการ

๔.๓ ระดับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

๗. ท่านคิดว่าองค์ประกอบใดที่ควรเร่งรัดพัฒนาโดยด่วนมากที่สุด หากต้องการให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความฉลาดทางสุขภาพ(ความรู้ทางสุขภาพ) ตามหลัก ๓ อ ๒ ส ที่ดีขึ้น แบ่งระดับในการขับเคลื่อน ภาพใหญ่ขับเคลื่อนจริงจัง สื่อจะทำให้คนรับรู้เร็วขึ้น ประเมินคะแนน แล้วมาจัดกิจกรรมตามปัญหา ต้องสำรวจแล้วแก้ปัญหาเป็นจุดๆ

ภาคผนวก ม

แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส

ชื่อผู้ช่วยสัมภาษณ์..... เลขที่แบบสัมภาษณ์.....
☐ จังหวัด ราชบุรี. ☐ อำเภอ ☐ ชุมชน/หมู่บ้าน.....

แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อวัดความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส คือ อ.1 : อาหาร อ.2 : ออกกำลังกาย อ.3:อารมณ์ ส.1 : สู้บพหรี และ ส.2 : สุรา
2. แบ่งเนื้อหาออกเป็น 7 ตอน ประกอบด้วย
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบวัด
 - ตอนที่ 2 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส จำนวน 15 ข้อ
 - ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส จำนวน 5 ข้อ
 - ตอนที่ 4 ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส จำนวน 6 ข้อ
 - ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส จำนวน 5 ข้อ
 - ตอนที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส จำนวน 7 ข้อ
 - ตอนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส จำนวน 5 ข้อ
- 3.แบบวัดฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบใดๆ ทั้งสิ้น จึงขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง

ด้วยความขอบคุณ

จาก คณะผู้วิจัย

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. เพศ

☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (อายุปีเต็ม)

3. ท่านนับถือศาสนาอะไร

☐ 1. พุทธ ☐ 3. คริสต์
☐ 2. อิสลาม ☐ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ)

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดขั้นใด

☐ 1. ประถมศึกษา ☐ 5. ปริญญาตรี
☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 7. อื่นๆ (โปรดระบุ)
☐ 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

5. ท่านประกอบอาชีพหลักอะไร

☐ 1. ชาวไร่ ชาวนา ☐ 4. พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม/บริษัทเอกชน
☐ 2. รับจ้างทั่วไป ☐ 5. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ 6. นักเรียน/นักศึกษา

6. ท่านมีโรคประจำตัว หรือมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพหรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

6.1 ความดันโลหิตสูง ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบ

6.2 เบาหวาน ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบ

6.3 หัวใจและหลอดเลือด ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบ

6.4 ไขมันในเลือดสูง ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบ

6.5 อื่น ๆ โปรดระบุ

ส่วนรับเจ้าหน้าที่

sex

age

reli

edu

job

H_nsk1

H_nsk2

H_nsk3

H_nsk4

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส

ข้อ 8 ผลของการจัดการกับอารมณ์ตนเองไม่ได้ จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในข้อใด
เป็นอันดับแรก

- ก. เครียด
ค. นอนไม่หลับ

ข้อ 9 หากต้องการคลายเครียด ควรกระทำตามข้อใด

- ก. กินอาหารให้อิ่ม
ข. ออกกำลังกายจนเหงื่อออก
ค. นิ่งดลละหลังข้าว
ง. นอนเฉยๆ

ข้อ 10 สารใดในบทนี้ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

- ก. โซยาไนต์ ข. นิโคติน
ค. คาร์บอนมอนนอกไซด์ ง. พารา

ข้อ 11 โรคในข้อใดต่อไปนี้ ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการสับบุหรื

- ก.โรคถุงลมโป่งพอง ข.โรคหัวใจ
ค.โรคมะเร็งปอด ง.โรคเบาหวาน

ข้อ 12 บุคคลในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสับสนหรือสูงที่สุด

- ก. ด.ช.นิค กินข้าวพร้อมกับพ่อที่สุบบุรีหรืออยู่ตลอดเวลา
ข. นายน้อย สุบบุรีไปคูไป
ค. นางสาวแดง ส่งหัตถ์สุบบุรี ตามคำขอของเพื่อน
ง. นายชด สุบบุรีเมื่อมีความเครียด

ข้อ 13 การตีบเครื่องตีบแอลกอฮอล์ ส่งผลเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในด้านใดมากที่สุด

- ก.โรคตับแข็ง ข.โรคความดันโลหิตสูง
ค. อัมพาต ง. มะเร็ง

ข้อ 14 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะท้องว่าง ส่งผลให้เกิดสิ่งใด

- ก. แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ไม่ต่อเนื่อง ข. แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์เร็วขึ้น
ค. แอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ช้าลง ง. ไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้น

ข้อ 15 การดื่มแอลกอฮอล์ในขณะที่ขับขีรยนต์ จะส่งผลอย่างไรบ้าง

- ก. ตัดสินใจเร็วขึ้น เกิดอุบัติเหตุได้ ข. ตัดสินใจเร็วขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุ
ค. ตัดสินใจช้าลง เกิดอุบัติเหตุได้ ง. ค. ตัดสินใจช้าลง ไม่เกิดอุบัติเหตุ

สำเนาฉบับเจ้าหน้าที่จะ ส่งมอบให้
--

K 8

K 9

K 10

K 11

K-12

K-13

K 14

K 15

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องพฤติกรรมการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

- 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
1 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ข้อ	ข้อความ	พฤติกรรมการปฏิบัติ					สำหรับเจ้าหน้าที่	
		4	3	2	1	0		
1	เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีที่บ่อยครั้งแค่ไหน						A_1	
2	เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ท่านสามารถค้นหาจนได้ข้อมูลที่ต้องการทันที บ่อยครั้งแค่ไหน						A_2	
3	ท่านมีปัญหในการค้นหาข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส จากแหล่งข้อมูลสุขภาพต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งแค่ไหน						A_3	
4	ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส โดยการสืบค้นมาจากหลายๆ แหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน						A_4	
5	ท่านมีการตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส จนเชื่อว่าข้อมูลดังกล่าว มีความน่าเชื่อถือบ่อยครั้งแค่ไหน						A_5	

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส

ตอนที่ 4 ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องพฤติกรรมการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

- 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 1 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ข้อ	ข้อความ	พฤติกรรมปฏิบัติ					สำหรับเจ้าหน้าที่	
		4	3	2	1	0		
1	ท่านเคยได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน						C_1	
2	ท่านเคยได้ฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน						C_2	
3	ท่านเคยต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้สามารถอ่านข้อมูลจากสื่อสุขภาพเกี่ยวกับเรื่อง 3 อ 2 ส บ่อยครั้งแค่ไหน						C_3	
4	ท่านเคยเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ให้กับคนอื่น ๆ เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ฯ ได้รับฟัง จนบุคคลดังกล่าวเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน						C_4	
5	ท่านแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน						C_5	
6	ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส ที่ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่ไหน						C_6	

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส

ตอนที่ 5 ทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ หรือ คาดการณ์ว่าจะปฏิบัติหากอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว

ข้อ 1 เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น ทววน หรือ มัน จนเกินไป ท่านจะตัดสินใจทำอย่างไร

- ก. กินตามคำเชิญนั้นทันที
- ข. กินตามคำเชิญนั้น แต่กินในปริมาณที่น้อย
- ค. ขอบคุณ แต่เสียงที่จะไปกินอาหารประเภทอื่นที่ดีต่อสุขภาพแทน
- ง. ขอบคุณ และบอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพ ไม่สามารถรับประทานอาหารดังกล่าวได้

ข้อ 2 หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีผู้หนึ่งซึ่งเพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร

- ก. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมๆ กับเพื่อน
- ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็อยหยุดตามเพื่อน
- ค. ไปออกกำลังกายตามลำพัง ไม่ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
- ง. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

ข้อ 3 หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรงตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติในข้อใด

- ก. ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบทำแทน
- ข. ออกกำลังกาย เพื่อให้เหงื่อออก
- ค. สวดมนต์ภาวนา ตามศาสนาที่ตนเองยึดถือ
- ง. ทำใจเป็นกลาง วิเคราะห์ มองโลกในแง่ดี

ข้อ 4 หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะทำอย่างไร

- ก. ไม่ว่าอะไร ปลอ่ยตามสบาย
- ข. เสียงออกไปห่าง ๆ จากควันบุหรี่
- ค. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเอง คุณแม่เอง
- ง. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเองคุณพ่อ คุณแม่เอง และบุคคลในครอบครัว

สำหรับเจ้าหน้าที่

D_1

D_2

D_3

D_4

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส

ข้อ 5 หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตน
เช่นไร

- ก. ดื่มตามคำชวนของเพื่อน
- ข. ดื่มแค่พอเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เสียมารยาท
- ค. ดื่มตามคำชวน และให้เพื่อนขับรถไปส่ง
- ง. ปฏิเสธ และให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง

สำหรับเจ้าหน้าที่

D_5

ตอนที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องพฤติกรรมการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

- 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 1 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
- 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ข้อ	ข้อความ	พฤติกรรมการปฏิบัติ					สำหรับเจ้าหน้าที่	
		4	3	2	1	0		
1	ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่รับประทานในแต่ละครั้ง บ่อยครั้งแค่ไหน						S_1	
2	ท่านวางแผนการออกกำลังกาย และออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน						S_2	
3	ท่านประเมินอารมณ์ตนเองว่ามีเครียดหรือไม่ และเมื่อมีความเครียดท่านได้ดำเนินการแก้ไขหรือลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการต่างๆ บ่อยครั้งแค่ไหน						S_3	
4	เมื่อท่านมีปัญหาในชีวิต เช่น ความเครียด ท่านหาทางออกด้วยการสูบบุหรี่ บ่อยครั้งแค่ไหน						S_4	
5	เมื่อท่านมีปัญหาในชีวิต ท่านแก้ปัญหาด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่อยครั้งแค่ไหน						S_5	
6	ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส บ่อยครั้งแค่ไหน						S_6	
7	ท่านได้ปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส						S_7	

แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลัก 3 อ 2 ส

บ่อยครั้งแค่ไหน							
-----------------	--	--	--	--	--	--	--

ตอนที่ 7 การรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องพฤติกรรมการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้ถูกสัมภาษณ์

- 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
 1 หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

ข้อ	ข้อความ	พฤติกรรมการปฏิบัติ					สำหรับเจ้าหน้าที่	
		4	3	2	1	0		
1	เมื่อท่านเห็นโฆษณาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหาร วิธีการออกกำลังกาย บุหรี่ หรือสุราชนิดใหม่ๆ ทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านมีการหาข้อมูลจากหลายๆ แหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน						M_1	
2	เมื่อท่านโฆษณาทางสินค้าในที่สาธารณะ หรือจากเว็บไซต์ และท่านมีความสนใจในสินค้าดังกล่าว ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสินค้าก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน						M_2	
3	ท่านมีการใช้เหตุผล หรือ มีการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย เพื่อเลือกรับข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลัก 3 อ 2 ส บ่อยครั้งแค่ไหน						M_3	
4	เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ประเมิน เนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน						M_4	
5	ท่านจะพูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลจากสื่อต่างๆ บ่อยแค่ไหน						M_5	



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาวเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี

วุฒิการศึกษา

- การศึกษาด้านจิต สาขาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (๒๕๒๒)
- Master of Health Personnel Education ,New South Wales University,Australia(๒๕๒๖)

ประสบการณ์การรับราชการ

หัวหน้ากลุ่มงานโทรทัศน์
 หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยีและการสื่อสาร
 หัวหน้ากลุ่มสื่อสารรณรงค์ด้านสุขภาพ
 ผู้อำนวยการระดับต้น กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ทุนการศึกษา

ทุนการศึกษาระดับปริญญาโทจากรัฐบาลออสเตรเลียภายใต้แผนโคลัมโบ
 ทุนการฝึกอบรม จาก JICA

การศึกษาอื่นๆ

- ประกาศนียบัตรหลักสูตร Audio- Visual Technology ,Okinawa International Centre,Japan
- ประกาศนียบัตรหลักสูตร ปฏิบัติการจิตวิทยาเพื่อ ความมั่นคง รุ่นที่ ๗๙
- สถาบันจิตวิทยาความมั่นคง วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
- ประกาศนียบัตรหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุข ระดับกลาง รุ่นที่ ๑๐ กระทรวงสาธารณสุข
- ประกาศนียบัตรหลักสูตรนักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ ๑๘ กระทรวงสาธารณสุข
- ประกาศนียบัตรหลักสูตร Japanese Language ,Okinawa International Centre,Japan
- ประกาศนียบัตรหลักสูตร ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารระหว่างประเทศ สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงต่างประเทศ
- ประกาศนียบัตรหลักสูตร Presentation, Meeting & Negotiation, SEAMEO Regional Language Centre,Singapore
- ประกาศนียบัตรหลักสูตร ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารระหว่างประเทศ ขั้นสูง สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงต่างประเทศ

ตำแหน่งปัจจุบัน

ผู้อำนวยการระดับสูง กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

e-mail

benjamass.ss@gmail.com