

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐ 2ส
ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ

นายยา ขุนแก้ว

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 10

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ และพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒ส ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง มีกลุ่มตัวอย่าง ๓๕๗ คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (๒๕๖๔) ซึ่งเป็นเครื่องมือสากล และได้รับการยอมรับทางวิชาการ สถิติที่ใช้เชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๙.๒๗ มีอายุระหว่าง ๕๐ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๓๙.๕๐ มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ ๓๙.๒๒ โดยมีบทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคมเป็น อสม. อสค. ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ โดยมีผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๙๔.๙๖ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่เคยคิดจะเลิกบุหรี่ ร้อยละ ๒.๕๒ คิดจะเลิกบุหรี่ ร้อยละ ๑.๔๐ ไม่นั่นใจที่เลิก ร้อยละ ๑.๑๒ กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่มานานมากที่สุด คือ น้อยกว่า ๑ เดือน ร้อยละ ๓.๐๘ รองลงมา คือ ๑ - ๒ ปี ร้อยละ ๑.๖๘ และน้อยที่สุด คือ ๑ - ๖ เดือน ร้อยละ ๐.๒๘ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ซื้อยาแก้อักเสบหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ ๖๖.๓๙ **ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ**ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ ๕๙.๖๖ และโดยภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๙ และ**พฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒ส**ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒ส อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ ๕๑.๒๖ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๓๕ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๒ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๗๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๗ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๒๗ พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๕๐ พฤติกรรมการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย ๒.๙๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๙ พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๕๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๕ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย ๓.๔๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๘ ทั้งนี้เพื่อใช้ข้อมูลจากการศึกษาวางแผนจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ และจัดระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชนให้ยั่งยืนต่อไป

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพของประชากรโลกเป็นปัญหาทางสังคมที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในอดีตคือโรคติดต่อ อาทิเช่น การระบาดของไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น แต่ก็มีปัญหา ทางสุขภาพอย่างอื่นมากมายซึ่งมีสาเหตุจากการด้อยพัฒนาของระบบสาธารณสุข ความยากจน และปัญหาสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม การพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงปลายศตวรรษที่ ๒๐ เป็นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ การพัฒนารักษาและวัคซีนป้องกันโรค รวมถึงการปรับปรุงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ ไม่ว่าจะอย่างไรก็ตามประชากรโลกในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมาก็ยังประสบปัญหาสุขภาพอีกมากมาย ทำให้องค์การสหประชาชาติทำการเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดทำข้อตกลงในการกำหนดเป้าหมายระดับโลกในการพัฒนาประชากร โดยใน ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้ตั้งเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกัน เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาแห่ง สหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals และต่อมาได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนามนุษย์อีก ครั้ง เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals หรือ SDGs ครอบคลุม ช่วงเวลา ๑๕ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึงปี ๒๕๗๓ ซึ่งมีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคือ เป้าหมายหลักที่ ๓ การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ (เขตสุขภาพที่ ๑๐ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๐)

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๓๘ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๖๘ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็น ๔๑ ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด (๑๗.๙ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๔) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (๙.๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๒) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (๓.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙) และโรคเบาหวาน (๑.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ ๓๐-๖๙ ปี หรือเรียกว่า เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง ๑๕ ล้านคนโดยร้อยละ ๘๕ เกิดขึ้นในกลุ่มในประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๑)

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs เป็นกลุ่มโรคที่คร่าชีวิตประชากรไทยไปประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ ๓๗ คนและยังมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดกลุ่มโรค NCDs นั้นเกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตเช่น การรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็มจัด ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่คร่าชีวิตประชากรไทยไปตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ๒๕๖๒)

จากสถานการณ์สุขภาพของประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัว และส่วนใหญ่จะมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร และการใช้พลังงานของร่างกาย เป็นเหตุทำให้เกิดไขมันสะสม โดยเฉพาะที่บริเวณหน้าท้องและรอบเอวเกิดผลเสียต่อสุขภาพเป็นเหตุนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นด้วย โดยพบว่าโรคเรื้อรังมีสาเหตุจากกลุ่มอาการอ้วนลงพุง และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันช่องท้อง

และปริมาณไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ เส้นรอบเอวยังมีความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงด้วย (วณิชชา กิจวรพัฒน์, ๒๕๕๓) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่า ในปัจจุบันประชากรมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากถึง ๓๐๐ ล้านคน และอาจเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวใน ๒๐ ปีข้างหน้า โดยมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศมีผลให้การดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป มีอุปนิสัยการบริโภคที่ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่า ประชากรวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี มีจำนวน ๔๓ ล้านคน เป็นเพศหญิง ๒๒ ล้านคน และเพศชาย ๒๑ ล้านคนหรือประมาณ ๖๖% ของประชากรทั้งหมด โดยในกลุ่มวัยทำงานนี้พบปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพค่อนข้างมาก (กรมอนามัย, ๒๕๕๙) จากรายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๘ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า อัตราของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกาย ในแต่ละกลุ่ม จำแนกตามภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการทำงานออกแรงระดับหนักหรือปานกลาง ร้อยละ ๔๐.๙ มีการเดินทางโดยการเดินหรือจักรยาน ร้อยละ ๔๔.๙ มีการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมนันทนาการ ระดับหนักหรือปานกลาง ร้อยละ ๒๑.๐ และมีการเคลื่อนไหวน้อย ร้อยละ ๙๕.๐ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

จากข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า ประชาชนวัยทำงาน (อายุ ๑๕-๕๙ ปี) ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๔๘.๒๗ ความชุกของภาวะอ้วน ร้อยละ ๓๑.๐๘ ประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่ ร้อยละ ๖.๕๔ โดยข้อมูลจังหวัดศรีสะเกษ สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๕๘,๕๐๑ คน โรคความดันโลหิต จำนวน ๑๑๔,๗๐๗ คน ส่วนประชากรผู้สูงอายุ ๒๑๐,๓๐๒ คน โดยเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน ๑,๐๙๘ คน และติดบ้าน จำนวน ๘,๙๙๙ คน เมื่อพิจารณาปัญหาดังกล่าวพบว่าเป็นจังหวัดที่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูงและมีแนวโน้มที่สูงมากขึ้น ประกอบด้วยจำนวนผู้สูงอายุที่สูงอีกด้วย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยการสร้างโครงข่ายความรู้ด้านสุขภาพถึงครัวเรือนในการก้าวทางการพัฒนาจากทศวรรษที่ ๔ สู่ ทศวรรษที่ ๕ ของงานสาธารณสุขมูลฐานในยุคปฏิรูประบบสุขภาพในการปฏิรูปประเทศไทย ในศตวรรษที่ ๒๑ ที่มุ่งเน้นให้คนไทยระดับบุคคล ครอบครัว สามารถวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงภัยสุขภาพ ตลอดจนดูแลสุขภาพตนเอง แบบพึ่งตนเองได้ ด้วยการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค) โดยต่อยอดการดูแลระบบสุขภาพ จากอสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขยายผลไปยังครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน (กองสุขภาพภาคประชาชน : ๒๕๕๙)

การที่จะสามารถป้องกันลดการเกิดโรคไม่ติดต่อให้มึน้อยลงได้นั้นมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งการสร้างความรู้ถือเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมาในการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มากขึ้นเพื่อหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจะมุ่งในการพัฒนาศักยภาพของคน ประชากรในสังคม ในชุมชน มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลคำตอบที่ต้องการ เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นตรวจสอบและสามารถทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และสามารถนำมาปฏิบัติได้โดยใช้ประโยชน์ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้ประชาชนในสังคมเกิดสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืน (กองสุขภาพศึกษา, ๒๕๖๑)

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑๐ มีเป้าหมายในการพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค) โดยใช้กระบวนการส่งเสริมหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนา และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพโดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค) เขตสุขภาพที่ ๑๐ เพื่อเป็นแนวทางให้การส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นสามารถเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้เพื่อใช้ข้อมูลจากการศึกษาวางแผนและระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชนให้ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- (๑) เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ
- (๒) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ
- (๓) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้

ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวนทั้งสิ้น ๑๘,๔๓๑ คน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน, ๒๕๖๔) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรขนาดเล็ก (Daniel. ๑๙๙๕ ; อ่างใน จรรยา สิทธิपालวัฒน์, ๒๕๔๔) ที่ระดับความเชื่อมั่น ๙๕ % ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสัดส่วนแต่ละอำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Random Sampling)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม ๒๕๖๓ - พฤษภาคม ๒๕๖๔ (๖ เดือน)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้กำหนดตัวแปรของการศึกษาไว้ ดังนี้

ตัวแปรต้น

(๑) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ท่านจบการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษา ระดับชั้นใด ท่านมีบทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคมแบบใด ท่านมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ท่านเลิกสูบบุหรี่มานานแค่ไหน ท่านชื่อยาแก้ไอหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ท้องเสีย

(๒) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ คือ ๑) การเข้าถึงข้อมูล บริการสุขภาพ ๒) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ๓) การตอบโต้ชักถาม ๔) การตัดสินใจด้านสุขภาพ ๕) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ๖) การบอกต่อและการแลกเปลี่ยน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ จำนวน ๗ ด้าน ประกอบด้วย ๑) ด้านการบริโภคอาหาร ๒) ด้านการออกกำลังกาย ๓) ด้านพฤติกรรมการจัดการความเครียด ๔) ด้านการสูบบุหรี่ ๕) ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๖) ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ ๗) ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวนทั้งสิ้น ๑๘,๔๓๑ คน (ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน, ๒๕๖๔)

กลุ่มตัวอย่าง และขนาดตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๕๗ คน เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรขนาดเล็ก (Daniel, ๑๙๙๕ ; อังโน จรรยา สิทธิपालวัฒน์, ๒๕๔๔) โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha_{/2} (P) (๑-P) (N)}{d^2 (N-๑) + Z^2 \alpha_{/2} (P) (๑-P)}$$

n แทนค่า ขนาดตัวอย่าง

N แทนค่า จำนวนประชากร คือ อาสาสมัครประจำครอบครัว จำนวน ๑๘,๔๓๑ คน

d แทนค่า ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน เท่ากับ ๐.๐๕ %

P แทนค่า ค่าสัดส่วนของ เท่ากับ ๐.๖๙

$Z_{\alpha/2}$ แทนค่า ระดับความเชื่อมั่น ๙๕ % มีค่าเท่ากับ ๑.๙๖

การหาค่า P (ภมร ตรุณ, และประกันชัย ไกรรัตน์, ๒๕๖๒) ได้ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก ร้อยละ ๖๙.๐๐

$$\text{ดังนั้น} \quad P = ๖๙.๐๐/๑๐๐ = ๐.๖๙$$

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad n = \frac{(๑.๙๖)^2 (๐.๖๙) (๑-๐.๖๙) (๑๘,๔๓๑)}{๐.๐๕^2 (๑๘,๔๓๑-๑) + (๑.๙๖)^2 (๐.๖๙) (๑-๐.๖๙)}$$

$$n = ๓๒๓.๓๒$$

ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ คือ ๓๒๔ คน โดยผู้ศึกษากำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่ม ร้อยละ ๑๐ ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบจำนวน ดังนั้นขนาดตัวอย่าง คิดได้จาก ๓๒๔ + ๓๓ เท่ากับ ๓๕๗ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขภาพชุมชนบริการสุขภาพ (๒๕๖๓) ซึ่งเป็นเครื่องมือสากล และได้รับการยอมรับทางวิชาการ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามมาตรฐานนี้โดยมิได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระหรือข้อความแต่อย่างใดเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ประกอบด้วย

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ จำนวน ๗ ข้อ

ตอนที่ ๒ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๑๐ ข้อ

ตอนที่ ๓ พฤติกรรมสุขภาพ ๗ ประเด็นหลัก จำนวน ๑๙ ข้อ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

(๑) ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน ๒๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๒๗ และเพศชาย จำนวน ๗๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๗๓ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๕๐ - ๕๙ ปี จำนวน ๑๔๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๕๐ รองลงมา คือ อายุระหว่าง ๔๐ - ๔๙ ปี จำนวน ๑๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๕๓ และน้อยที่สุด คือ อายุระหว่าง ๑๕ - ๑๙ ปี จำนวน ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๔ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน ๑๔๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๒๒ รองลงมา คือ ประถมศึกษา จำนวน ๑๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๖๙ และน้อยที่สุด คือ อนุปริญญา/ปวส. จำนวน ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๐ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคมเป็น อสม.อสค. จำนวน ๓๕๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐๐ กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่มากที่สุดคือ ไม่เคยคิดจะเลิกบุหรี่ จำนวน ๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๕๒ รองลงมา คือ คิดจะเลิกบุหรี่ จำนวน ๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๐ และน้อยที่สุดคือ ไม่แน่ใจที่เลิก จำนวน ๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๑๒ และมีผู้ไม่สูบบุหรี่

จำนวน ๓๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๙๖ กลุ่มตัวอย่างเล็กสูบบุหรี่มานานมากที่สุด คือ น้อยกว่า ๑ เดือน จำนวน ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๘ รองลงมา คือ ๑ - ๒ ปี จำนวน ๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๖๘ และน้อยที่สุด คือ ๑ - ๖ จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๘ และมีผู้ไม่สูบบุหรี่ จำนวน ๓๓๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๙๖ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ซื้อยาแก้ไอแก้เสบหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย จำนวน ๒๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๓๙ รองลงมา คือ ซื้อยาแก้ไอแก้เสบหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยน้อยครั้ง จำนวน ๑๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๐ และน้อยที่สุด คือ ซื้อยาแก้ไอแก้เสบหรือยาฆ่าเชื้อมากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง จำนวน ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๘๓

(๒) ระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ
ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ มากที่สุด คือ สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ตามอาการหรือสงสัยว่ามีอาการป่วย จากโรคที่ท่่านกังวล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๙ รองลงมา คือ สามารถเข้าใจวิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในสื่อสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้ อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑๕ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๗ และน้อยที่สุด คือ สามารถอ่านและเข้าใจในผลการตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๙๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๘๘ โดยภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๙ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก จำนวน ๒๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๖๖ รองลงมา คือ ระดับดี จำนวน ๑๓๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๔๕ และน้อยที่สุด คือ ระดับพอใช้ จำนวน ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๖๐

(๓) พฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ
ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๓๕ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๒ คิดเป็นร้อยละ ๗๓.๐๐ ของคะแนนเต็ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกรายข้อ มากที่สุด คือ ท่่านกินผักและผลไม้สดที่หลากหลาย อย่างน้อยวันละครั้งก็โลกรัม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๗๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๙๔ รองลงมา คือ ท่่านกินอาหารรสเค็ม หรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย ๖๙.๘๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๑๔ และน้อยที่สุด คือ ท่่านกินอาหารปรุงสุก สะอาด อยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย ๔.๔๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๙๘ พฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๗๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๗ คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๘๐ ของคะแนนเต็ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกรายข้อ มากที่สุด คือ ท่่านได้เคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจกรรมประจำวันประมาณ ๓๐ นาที เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานโดยใช้แรงเป็นต้น อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๐๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๘ และรองลงมา คือ ท่่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องประมาณ ๓๐ นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือมี เหงื่อออก อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๕๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๘ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๒๗ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๐๐ ของคะแนนเต็ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำแนกรายข้อ มากที่สุด คือ ฉันทสูบบุหรี่หรือยาสูบ อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๔๖ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๔ และรองลงมา คือ ฉันทอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๙๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๑ พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๒

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๕๐ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๔๐ ของคะแนนเต็ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกรายชื่อ คือ ท่านดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับดี มาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๕๐ **พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด** ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย ๒.๙๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๙ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๐๐ ของคะแนนเต็ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด จำแนกรายชื่อ มากที่สุด คือ มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย ๓.๐๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๑ และ รองลงมา คือ เมื่อเครียด วิตกกังวล หรือหงุดหงิดแล้วยากที่จะผ่อนคลาย ลงได้ อยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย ๒.๗๘ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๕๕.๖๐ **พฤติกรรมกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๕๙ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ๐.๗๕ คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๘๐ ของคะแนนเต็ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล จำแนกรายชื่อ มากที่สุด คือ ท่านหยุดกินยาแก้ไอแก้หวัดหรือยาฆ่าเชื้อเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น แม้ว่าจะยังกิน ยาไม่ครบตามกำหนดก็ตาม อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๑ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๐ และรองลงมา คือ ท่านอ่านฉลากยาให้เข้าใจ ก่อนตัดสินใจใช้ยา อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๗๕ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ๑.๖๖ และน้อยที่สุด คือ เมื่อป่วย ท่านกินยาของผู้อื่นที่มีอาการคล้ายกัน โดยไม่มีคำสั่งจากแพทย์ อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย ๓.๔๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๘๔ **พฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย ๓.๔๗ ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๘ คิดเป็นร้อยละ ๖๙.๔๐ ของคะแนนเต็ม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ จำแนกรายชื่อ มากที่สุด คือ สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เมื่อออกจากบ้าน อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๗๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๔๙ และรองลงมา คือ ล้างมือด้วย สบู่และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ หลังจากจับ สิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้น อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๗๓ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๕๔ และน้อยที่สุด คือ ใช้ของส่วนตัว เช่น จาน ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว ฯลฯ ร่วมกับผู้อื่น อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย ๒.๗๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๒๒ โดย**ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๕** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน ๑๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๒๖ รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน ๑๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๗๗ ระดับไม่ดี จำนวน ๓๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๐๗ และน้อยที่สุด คือ ระดับพอใช้ จำนวน ๒๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๐๘ ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ศึกษาขออภิปรายตามวัตถุประสงค์และคำถามของการศึกษา ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ ๑ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๙.๒๗ มีอายุระหว่าง ๕๐ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๓๙.๕๐ มีการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ ๓๙.๒๒ โดยมีบทบาท/ตำแหน่ง/สถานะทางสังคมเป็น อสม. อสค. ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ โดยมีผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๙๔.๙๖ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่เคยคิดจะเลิกบุหรี่ ร้อยละ ๒.๕๒ คิดจะเลิกบุหรี่ ร้อยละ ๑.๔๐ ไม่แน่ใจที่เลิก ร้อยละ ๑.๑๒ กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่มานานมากที่สุด คือ น้อยกว่า ๑ เดือน ร้อยละ ๓.๐๘ รองลงมา คือ ๑ - ๒ ปี ร้อยละ ๑.๖๘ และน้อยที่สุด คือ ๑ - ๖ เดือน ร้อยละ ๐.๒๘ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ซื้อยาแก้ไอแก้หวัดหรือยาฆ่าเชื้อมากินเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ ๖๖.๓๙ สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุศึกษา (๒๕๕๘) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ภาพรวมทั้ง ประเทศที่พบว่าประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเป็นเพศหญิง ๖๑.๕ อายุ ๕๐ ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ ๔๐.๕ และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

๒. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ ๒ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ ๕๙.๖๖ และโดยภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๔ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๙ ซึ่งไม่สอดคล้องกับกับผลการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ปี ๒๕๖๓ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (๒๕๖๓) ที่พบว่าผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของประชาชนอายุ ๑๕-๖๐ ปี โดยกลุ่มตัวอย่างของเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ ๗๑.๕๐ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง (๒๕๖๒) โดย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับพอใช้ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขศึกษา (๒๕๕๘) ที่พบว่าประชาชนวัยทำงาน (อายุ ๑๕-๕๙ ปี) เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี รวมทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของมนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ (๒๕๖๒) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๖๕.๐๗ อยู่ในระดับพอใช้ โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง จำแนกตามองค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ร้อยละ ๗๐.๑๑, การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ ๖๑.๑๑, การสื่อสารสุขภาพร้อยละ ๖๓.๓๙, การจัดการตัวเองร้อยละ ๖๖.๐๘, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ ๕๙.๕๒ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องร้อยละ ๗๑.๓๐ พฤติกรรมสุขภาพ ได้คะแนนร้อยละ ๗๖.๒๒ อยู่ในระดับดี

๓. พฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ ๓ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ ๕๑.๒๖ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๓๕ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๒ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๗๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๐๗ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๒๗ พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย ๔.๒๒ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๕๐ พฤติกรรมการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย ๒.๙๐ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๙ พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย ๓.๕๙ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๐.๗๕ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-๑๙ อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย ๓.๔๗ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๑.๔๘ สอดคล้องกับผลการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปี ๒๕๖๓ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (๒๕๖๓) ที่พบว่าผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐๒๘ ของประชาชนอายุ ๑๕-๖๐ ปี โดยกลุ่มตัวอย่างของเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ อยู่ในระดับดีมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ ๘๑.๒๕ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง (๒๕๖๒) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ อยู่ในระดับพอใช้ คือ มีการปฏิบัติตามหลัก ๓๐ ๒๘ ได้ปริมาณเพียงพอร้อยละ ๖๖.๗๐ คือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก ๓๐ ๒๘ ได้ปริมาณเพียงพอแต่ถูกต้องบ้าง ร้อยละ ๖๖.๗๐ รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีคือเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก ๓๐ ๒๘ ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้องร้อยละ ๓๐.๑๐ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขศึกษา (๒๕๕๘) ที่พบว่าประชาชนวัยทำงาน (อายุ ๑๕-๕๙ ปี) เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ ๖๘.๕๒

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ อยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นควรมีการดำเนินการถอดบทเรียนและศึกษาบทเรียนความสำเร็จของพื้นที่ และกำหนดมาตรการหรือกิจกรรมขยายผลและต่อยอดความสำเร็จไปยังพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนา

๑. การนำผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ไปพัฒนาเป็นรูปแบบการพัฒนาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพ ๓๐ ๒๘ เพื่อให้อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. จากการศึกษาพบว่าอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้นควรมีนำผลการศึกษาไปกำหนดรูปแบบในพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตแก่อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

๑. ควรมีเพิ่มการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)

๒. ควรมีการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓๐ ๒๘ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๙). แนวทางการดำเนินงาน อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.). นนทบุรี.

กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). รายงานผลการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๑.

รายงานประจำปี. กระทรวงสาธารณสุข.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (๒๕๕๙). คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.).

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๕). แนวทางการดำเนินงาน

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับจังหวัด. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๖). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้าน

สุขภาพของ คนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก ๓๐.๒๘.: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์

การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). การประเมินความรอบรู้ด้าน

สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒๘. ของประชาชนวัยทำงาน.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๘). การประเมินความรอบรู้ด้าน

สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐.๒๘. ของประชาชนวัยทำงาน.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา. (๒๕๖๑). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็ก

และเยาวชน อายุ ๗-๑๔ ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๓). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ คนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก ๓๐.๒ส.
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (๒๕๕๙). ผลการประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนตามสุขบัญญัติแห่งชาติ. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (๒๕๕๗). รายงานประจำปี ๒๕๕๗. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (๒๕๕๙). รายงานประจำปี ๒๕๕๙. กระทรวงสาธารณสุข.
- เขตสุขภาพที่ ๑๐ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๐). รายงานผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการฯ (PA) ของผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ-สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๔ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐. รายงานประจำปี. กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยา สิทธิपालวัฒน์. (๒๕๔๔). การพัฒนามาตรวัดทัศนคติต่อวิชาสุขศึกษาสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จงมณี สุริยะ. โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๖.
- ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นีละไพจิตร. (๒๕๕๙). การสำรวจความรู้ แง้แตกฉานด้านสุขภาพ Health Literacy ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข .
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และ เดช เกตุฉ่ำ. (๒๕๕๔). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค อ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ (ระยะที่ ๑). กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ. (๒๕๕๖). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี ๒๕๕๖. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.
- ปาริชาติ คงเสื่อ. (๒๕๕๗). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารเกื้อการุณย์, ๒๑ (ฉบับพิเศษ), ๑๖๘-๑๘๕.
- ภมร ดรุณ และประกนชัย ไกรรัตน์. (๒๕๖๒). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. รายงานการวิจัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ.
- มณีรัตน์ ธีระวัฒน์. (๒๕๕๖). การวางแผนงานโครงการสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. นครปฐม: เพชรเกษมพรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด
- มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. (๒๕๖๒). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลนครพิงค์. เชียงใหม่.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. (๒๕๖๔). เข้าถึงได้จาก www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=content/view&id=๖๔๒ สืบค้นเมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔.
- วณิช กิจวรพัฒน์. (๒๕๕๓). การพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้หญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วารสารสุขศึกษา.
- วสุนันท์ ศรีประจันต์. (๒๕๖๐). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น. รายงานการวิจัย. ศูนย์อนามัยที่ ๗. ขอนแก่น.
- ศรีธัญญา เบญจกุล. (๒๕๕๗). รายงานการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ : แนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย. พิมพ์ลักษณ์ นนทบุรี : สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (๒๕๖๒). รายงานประจำปี ๒๕๖๑ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). รายงานประจำปี. กรุงเทพฯ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (๒๕๕๘). บทสรุปผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.๒๕๕๘ (ระดับเขตสุขภาพ) [ออนไลน์]. สามารถเข้าถึงได้จาก:
[http://www.thaincd.com/document/file/info/brfss/บทสรุปผู้บริหาร%๒๐การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ%๒๐พ.ศ.๒๕๕๘%๒๐\(ระดับเขตสุขภาพ\).pdf](http://www.thaincd.com/document/file/info/brfss/บทสรุปผู้บริหาร%๒๐การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ%๒๐พ.ศ.๒๕๕๘%๒๐(ระดับเขตสุขภาพ).pdf)
สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๔
- สำนักสื่อสารและตอบโต้ความเสี่ยง. (๒๕๕๘). กรมอนามัย ผลักดัน ๔ นโยบายอาหารและโภชนาการ ปักธงอีก ๑๐ ปีเด็กไทยพ้นภาวะอ้วนเตี้ย. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สามารถเข้าถึงได้จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=๗๔ สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๔
- อติญาณ์ ศรเกษตริน, รุ่งนภาจัน ทรา, รสติกร ขวัญขุม และลัดดา เรื่องดั่ง. (๒๕๖๐). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง ๓๐.๒ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลคลองฉนวน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, ๔(๑), ๒๕๓-๒๖๔
- อารีย์ แร่ทอง. (๒๕๖๒). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓ อ ๒ ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช Health Literacy and Health Behaviour, ๓Aor ๒Sor, for the Village Health Volunteers (VHVs) : Case study of Hintok Sub- district, Ronphibun District, NakhonSiThammarat Province. Journal of Department of Health Service Support-วารสารวิชาการ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ, ๑๕(๓).
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๔๑). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ. (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๘). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจอนามัย สวัสดิการและกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๘. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๔). [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลจาก <http://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc/main/index.php> สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๔

บรรณานุกรม (ต่อ)

อังคินันท์ อินทรกำแหง. (๒๕๖๐). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา = Health literacy : measurement and development. พิมพ์ลักษณ์ [กรุงเทพฯ] : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,

อังคินันท์ อินทรกำแหง และชญชนก ชุมทอง. (๒๕๖๐). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น อายุ๑๕-๒๑ ปี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข

Baker, DW., Williams, MV., Parker, RM., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*. Bibliographies in Medicine: Health Literacy. NLM Pub.No.CBM 2000-1.

Sharif, I. & Blank, A.E. (2010). Relationship between child health literacy and body index in overweight children. *Patient Education and Counseling*

Chin, et al. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. *Journal Health Community*, 16(Suppl 3).

Cited in Mancuso JM. (2009.) Health Literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2009; 10(3):248-55.

Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B., & Bairnsfather, L.E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med*.

Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. (2012, Feb). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12:130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130

Good, C.V. (1959). *Dictionary of Education*. New York : McGraw-Hill

Hanson, Mark E. (1997). *Educational Administration and Organizational Behavior*. 4th ed. Boston : Allyn and Bacon.

Intarakamhang, U.& Kwanchuen, Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thai adults. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587-594.

Intarakamhang U. & Intarakamhang P. (2017). Health literacy scale and model of childhood overweight. *Journal of Research in Health Science*, 17(1), 1-8.

Ishikawa, H., Takeuchi ,T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31,874-879

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kwan, B. Frankish, J. & Rootman, I. (2006). The development and validation of measures of "health literacy" in different populations. Vancouver: University of British Columbia Institute of Health Promotion Research & University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research.
- Lee S.Y.D., Arozullah AM.& Cho Y. (2004). Health literacy, social support, and health: A research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309-1321
doi: 10.1016/S0277-9536(03)00329-0
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment and Measurement of health literacy : An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3).
- Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, & Buchbinder R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 1-17.
- Ratzan SC. & Parker RM. (2000). Introduction. In: National Library of Medicine Current World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Switzerland. Marilyn Langfeld.