

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

หนึ่งฤทัย ศรีภิรมย์*

สาโรจน์ เพชรมณี, Ph.D.** และธณกร ปัญญาโสโสภณ, Ph.D.***

บทคัดย่อ

ในยุคที่โลกเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศและมีบทบาทต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 450 คน คำนวณจากกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ซึ่งพื้นที่ในการศึกษา คือ 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ได้จากการสุ่มแบบง่าย ได้แก่ จังหวัดนครนายก พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี สระบุรี และลพบุรี โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Forms ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2566 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ รวมทั้งสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่า t (T-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (F-test) การเปรียบเทียบรายคู่ด้วย LSD (Least Significant Difference) และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.40) อายุระหว่าง 30-44 ปี (ร้อยละ 51.60) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.90) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 72.90) ประกอบอาชีพราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 40.40) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.30) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.60) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32.10) และมีรายได้ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 63.10) ประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3 อ 2 ส ในระดับดี (ร้อยละ 85.8) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.6) และระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 0.7) โดยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ขณะที่ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 3 อ 2 ส อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสาร การจัดการปัญหา การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเกี่ยวกับ 3 อ 2 ส มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนวัยทำงานสามารถสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มวัยทำงาน รวมไปถึงกำหนดแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ในกลุ่มวัยทำงานและขับเคลื่อนนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะด้านความรู้สุขภาพในบุคลากรสาธารณสุขวัยทำงาน เพื่อเป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ วัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

** คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

*** คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร Corresponding E-mail: sarodhp@gmail.com

(Received: February 7, 2025; Revised: April 20, 2025; Accepted: April 30, 2025)

Exploring the Impact of Health Literacy on New Normal Healthy Behaviors among Working - Age People in Region Health 4 Thailand.

Nuengruthai Srepirom*

Sarodh Pechmanee, Ph.D.** & Thanakorn Panyasaisopon, Ph.D.***

Abstract

In the context of ongoing global health transitions, health literacy plays a vital role in promoting new normal health behaviors, especially among the working-age population, a key force in national development and the sustainability of the health system. This correlational study aimed to examine the relationship between health literacy and new normal health behaviors among working-age individuals in Health Region 4, Thailand. A total of 450 participants were selected using multi-stage random sampling. Five provinces—Nakhon Nayok, Phra Nakhon Si Ayutthaya, Sing Buri, Saraburi, and Lopburi—were chosen through simple random sampling. Data were collected via an online questionnaire through Google Forms from January to June 2023 and analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation, percentage) and inferential statistics (t-test, F-test, Least Significant Difference, and Pearson's correlation coefficient).

Most participants were female (64.40%), aged 30–44 years (51.60%), Buddhist (94.90%), held a bachelor's degree (72.90%), employed in government/state enterprises (40.40%), married (75.30%), and without chronic diseases (87.60%). Hypertension was the most common chronic condition (32.10%), and 63.10% reported a household income above 15,000 Baht/month. The majority had a good understanding of the 3Es2Ss (85.8%), followed by moderate (13.6%), and low (0.7%). Health service accessibility was rated very high, while communication, problem-solving, media literacy, and decision-making were rated as good. Statistically significant differences in new normal health behaviors were found by gender, religion, education level, and income ($p \leq .05$). All six components of health literacy showed moderate positive correlations with new normal health behaviors ($p < .05$).

These findings suggest that promoting health literacy among working-age individuals can effectively enhance new normal health behaviors. Health organizations should utilize these insights to plan proactive, context-specific health promotion strategies, particularly in advancing workplace health literacy and building sustainable role models among health personnel.

Keywords: Health Literacy New Normal Health Behavior Working-age Population Health Region 4 Public Health Promotion

*Master of Public Health program students, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

** Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

*** Faculty of Science and Tecnology, Phranakhon Rajaphat University

บทนำ

การสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและประเทศไทยให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงความรู้พื้นฐาน แต่เป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น (WHO, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในทุกช่วงวัย (United Nations Development Programme [UNDP], 2022) ประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพบนพื้นฐานของแนวคิดสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยได้บรรจุเป้าหมายด้านความรู้สุขภาพไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ และแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566–2570) ซึ่งกำหนดให้ “การสร้างเสริมสุขภาพ” และ “การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพตนเองได้ตลอดชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) และในบริบทของประเทศไทย แนวทาง “สุขภาพดีวิถีใหม่” ได้รับการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องหลังวิกฤตโควิด-19 เพื่อเปลี่ยนผ่านระบบสุขภาพไปสู่ความยั่งยืน โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ผ่านการสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การลดความเครียด และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ (กรมอนามัย, 2565; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ดำเนินงานตามแนวทางนี้โดยบูรณาการไว้ในยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและมีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัว (กรมอนามัย, 2565) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนี้จึงเป็นรากฐานสำคัญในการลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และเพิ่มศักยภาพของประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว ดังนั้น หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ย่อมสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระโรคในระดับประเทศ แต่ยังเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างสังคมที่เข้มแข็ง เต็มไปด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี และนำไปสู่ความสุขของประชาชนโดยรวม

ประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศไทย อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15–59 ปี) จำนวน 41.75 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 63.2 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและพัฒนาประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) จากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของคนวัยทำงานยังพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเป็นห่วง โดยมีเพียงร้อยละ 27 ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เฉลี่ยเพียง 9 นาทีต่อวัน และมีพฤติกรรมบริโภคน้ำหวานสูง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 45–59 ปี ที่บริโภคมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 34.84 (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็ง สอดคล้องกับข้อมูลความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15–59 ปี) ของประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน ซึ่งล้วนเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และพฤติกรรมเนือยนิ่ง (กรมอนามัย, 2566) ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC ยังระบุอีกว่า ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายประเภท (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2565) และรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายในช่วงปี พ.ศ. 2557–2564 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 และโรคความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 24.5 โดยในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนเองป่วย และควบคุมอาการได้ต่ำกว่าร้อยละ 30 (ขวัญประชา เขียวไชยสกุลไทย และคณะ, 2562; กรมควบคุมโรค, 2564) ปัจจุบันพบว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 ของทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2565) สถานการณ์นี้สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริม “สุขภาพดีวิถีใหม่” โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการจัดการสุขภาพจิตในยุคที่ชีวิตมีความเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว (กรมอนามัย, 2565) นโยบายสุขภาพแห่งชาติจึงมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงผ่านแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (2560–2579) ด้วยแนวทาง “P&P Excellence” ที่เน้นการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) การสร้างภูมิคุ้มกันทางกายและใจให้กลุ่มวัยทำงาน คือรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม และพบว่า อัตราการเจ็บป่วยแบบไม่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาลของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 28.2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.8 ในปี 2564 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ซึ่งสะท้อนถึงภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพแรงงานของกลุ่มวัยทำงานในระยะยาว ซึ่งกระทบทั้งสุขภาพของแรงงานและประสิทธิภาพการผลิตของประเทศ (World Health Organization, 2023) อีกทั้งช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคนวัยทำงาน ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รายได้ และความมั่นคงในการจ้างงาน (Nanthamongkolchai et al., 2022) ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากสถานการณ์นี้สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าความเครียดเพิ่มขึ้นจากความไม่แน่นอนทางรายได้และสุขภาพ (Tuntivivat et al., 2021) ทำให้ประชาชนวัยทำงานมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ เพื่อปรับตัวเข้าสู่ “วิถีชีวิตใหม่” ที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (พวงประยงค์, 2564) และแนวคิด “สุขภาพดีวิถีใหม่” จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในยุคหลังโควิด-19 โดยเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดการบริโภคน้ำตาล และดูแลสุขภาพจิต ซึ่งกรมอนามัยได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และลดความเสี่ยงจาก NCDs (กรมอนามัย, 2565) วัยทำงานยังทำหน้าที่เป็นเสาหลักของครอบครัว ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้สูงอายุ หากประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพดีจะช่วยลดภาระโรค เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และส่งผลดีทั้งระดับบุคคลและประเทศ (Sirirassamee & Sirirassamee, 2021;) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงานเป็นหลัก เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของประเทศ

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยปรากฏอย่างชัดเจนในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) แม้ระบบบริการสาธารณสุขที่ผ่านมาเน้นการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่พบว่าเพียงข้อมูลอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องยกระดับ “ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งรวมถึงการเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเอง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ (2564) ศึกษาการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและ

ภัยสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข โครงการการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 45.58 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ และปัจจัยที่ส่งผลคือ อายุ การศึกษา และการรับรู้บรรยากาศขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแม้แต่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญยังมีช่องว่างที่ต้องได้รับการส่งเสริม (Phewchomkaewkulit et al., 2021) ด้านประชาชนทั่วไป ศรีสุตา บุญขยาย (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4 พบว่ากว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยเฉพาะด้านความเข้าใจและการตัดสินใจ ซึ่งสะท้อนว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต้องดำเนินการควบคู่กับการเสริมทักษะและลดอุปสรรคทางการศึกษาและรายได้ (Boonyakai, 2019) ดังนั้นการส่งเสริม Health Literacy จึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดภาระโรคในระยะยาวอย่างยั่งยืน (Sorensen et al., 2021)

เขตสุขภาพที่ 4 (จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี) มีประชากรในกลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15 -59 ปี) ร้อยละ 62.84 และจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนวัยนี้ พบปัญหาโรคติดต่อเรื้อรังและมีแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูล ปี 2563 – 2564 อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 0.73 , 0.80 และ 0.84) โรคความดันโลหิต (ร้อยละ 13.87, 14.65 และ 15.06) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 6.05 , 6.91 และ 7.24) ตามลำดับ (HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งข้อมูลมีความสอดคล้องกับมิติพฤติกรรมสุขภาพ โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 อย่าง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรายงานประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2551 - 2552, 2557 - 2558 และ 2562 - 2563 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงมีความสอดคล้องกับแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) ดังนั้นหากไม่ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรเหล่านี้ แนวโน้มของการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ ตามมา ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพประชาชนของประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของโรค เปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์แนวโน้ม การเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวายซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์การ สังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ (วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2562)

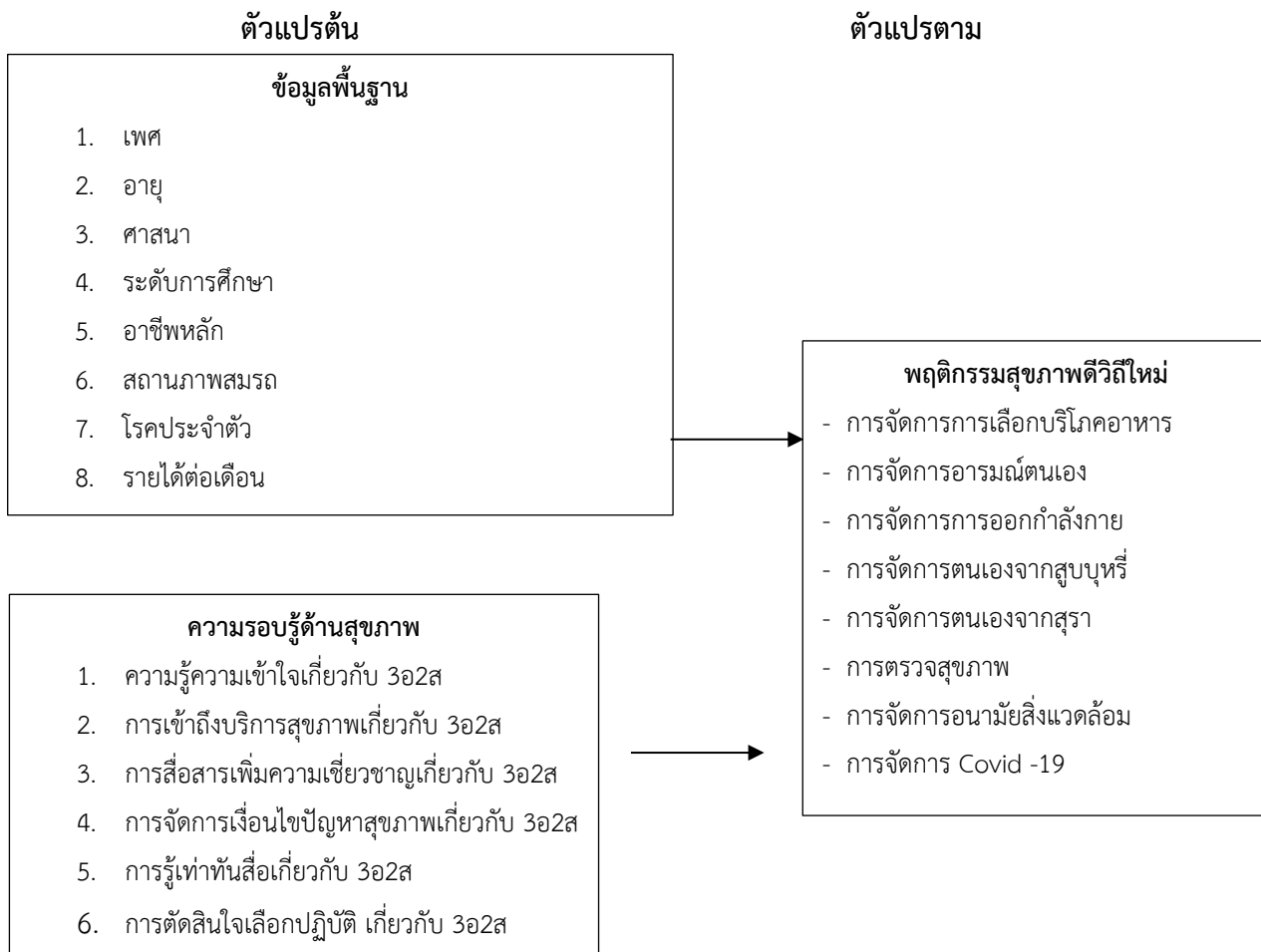
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย เพื่อสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุน ออกแบบ และวางแผนกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเหมาะสมในระดับนโยบายและการปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากแนวคิดของ (Don Nutbeam, 2000) มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปีบริบูรณ์ ที่อาศัยอยู่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี โดยการเลือกแบบเจาะจง ร้อยละ 60 ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตไว้ ดังนี้

1. ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี และปฏิบัติงานเป็นประจำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี และปฏิบัติงานเป็นประจำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แท้จริง ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักการของธานินทร์ ศิลป์จารุ (2551) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ 0.05 และใช้ค่าสัดส่วนประชากรที่คาดว่าจะมีลักษณะตามที่ต้องการศึกษา (p) เท่ากับ 0.5 ซึ่งให้ค่าความแปรปรวนสูงสุด ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 385 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันปัญหาการขาดหายของข้อมูลจากการไม่ตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 450 คน สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากเพื่อเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายก พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี สระบุรี และลพบุรี จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในแต่ละจังหวัด จำนวนจังหวัดละ 90 คน โดยแบ่งเป็นประชาชนวัยทำงานในเขตอำเภอเมืองจังหวัดละ 45 คน และนอกเขตอำเภอเมืองจังหวัดละ 45 คน ได้แก่ อำเภอปากพลี (จังหวัดนครนายก) อำเภอบางปะอิน (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา) อำเภอบางระจัน (จังหวัดสิงห์บุรี) อำเภอบ้านหมอ (จังหวัดสระบุรี) และอำเภอสระโบสถ์ (จังหวัดลพบุรี) โดยมี

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. บุคคลที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี ที่ปฏิบัติงานเป็นประจำในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมือง เขตสุขภาพที่ 4 อย่างน้อย 6 เดือน

2. สามารถสื่อสาร พูดคุย และอ่านภาษาไทยได้

3. สามารถตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ได้ (Google form)

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. บุคคลที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน

2. บุคคลต่างด้าว

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพสมรส โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมข้อความ (Open Ended) จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ (Nutbeam, 2000) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย 302ส ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ได้แก่

1. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 302ส จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูกและผิด เกณฑ์การให้คะแนนอ้างอิง (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) การแปลผล 8 – 10 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับดี 5 – 7 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง และ 0 – 4 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับปรับปรุง

2. แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับ 302ส จำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ 302ส จำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามการจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับ 302ส จำนวน 6 ข้อ

แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ 302ส จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 302ส จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ 5 = ทุกครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง, 3 = บางครั้ง, 2 = นาน ๆ ครั้ง, และ 1 = ไม่ได้ปฏิบัติ การให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้ (อ้างอิง: บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 ตามลำดับความถี่ของพฤติกรรม ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลำดับกลับกัน ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ตามลำดับความถี่ของพฤติกรรม การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.01 - 5.00 อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 อยู่ในระดับควรปรับปรุง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย 302ส รวมจำนวน 41 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ประกอบด้วย การจัดการการเลือกบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ตนเอง การจัดการการออกกำลังกาย การจัดการตนเองจากสื่อบุหรี่ การจัดการตนเองจากสุรา การตรวจสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการ Covid - 19 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 5 = เป็นประจำ (7 วันต่อสัปดาห์), 4 = บ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์), 3 = บางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์), 2 = นานๆครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) และ 0 = ไม่ปฏิบัติ การให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้ (อ้างอิง: บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 4 ถึง 0 ตามลำดับความถี่ของพฤติกรรม ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลำดับกลับกัน ตั้งแต่ 0 ถึง 4 ตามลำดับความถี่ของพฤติกรรม การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย

3.01 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพพระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.01 – 2.00 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.00 อยู่ในระดับควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือ เพื่อใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาแล้วตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยมีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนี IOC=0.67 ขึ้นไป และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาระดับความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.958

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.), ค่าร้อยละ (Percentage) และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ ค่า t-test, ค่า F-test, สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน, ทดสอบหาความแตกต่าง รายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD (Least Significant Difference)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา ตามเลขที่รับรอง NMCEC-0018/2566 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2567 ทั้งนี้การเก็บข้อมูลดำเนินการผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ความสมัครใจในการเข้าร่วม การไม่เปิดเผยชื่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิในการถอนตัว และช่องทางการติดต่อผู้วิจัยอย่างครบถ้วน ก่อนเข้าตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมจะต้องอ่านแบบแสดงความยินยอม (Informed Consent) แบบออนไลน์ โดยมีตัวเลือก “ยินยอม” และ “ไม่ยินยอม” หากผู้เข้าร่วมเลือก “ยินยอม” จึงจะสามารถเข้าสู่แบบสอบถามได้ แต่หากเลือก “ไม่ยินยอม” ระบบจะยุติการทำรายการโดยไม่มีการจัดเก็บข้อมูลใดๆ ที่สามารถระบุตัวตนได้ (non-identifiable data) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้มีการระบุค่าชี้แจงอย่างชัดเจนในหน้าแรกของแบบสอบถามว่า จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนการเข้าร่วม โดยให้ผู้ปกครองระบุชื่อและให้การยินยอมผ่านระบบแบบสอบถามก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการตอบคำถาม การดำเนินการทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้หลักการของความสมัครใจ ความปลอดภัย และไม่สร้างความเสียหายใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วม โดยผู้วิจัยได้ยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันต้นสังกัดก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย (n=450)

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.เพศ		
เพศชาย	140	31.10
เพศหญิง	290	64.40
เพศทางเลือก	20	4.40
2.อายุ		
15 – 29 ปี	156	34.70
30 – 44 ปี	232	51.60
45 – 59 ปี	62	13.70
อายุเฉลี่ย 33 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 59 ปี		
3.ศาสนา		
พุทธ	427	94.90
คริสต์	1	0.20
อิสลาม	18	4.00
ไม่นับถือ	4	0.90
4.ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	3	0.70
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	3	0.70
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	42	9.30
ปริญญาตรี	328	72.90
ปริญญาโท	73	16.20
ปริญญาเอก	1	0.20
5.อาชีพหลัก		
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	182	40.40
ค้าขาย	35	7.80
เกษตรกรรม	3	0.70
พนักงานบริษัทเอกชน	116	25.80
อื่นๆ.....ธุรกิจส่วนตัว	92	20.40
ปริญญาตรี	328	72.90

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
6.สถานภาพสมรส		
สมรส	339	75.30
โสด	95	21.10
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	16	3.60
7. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	394	87.60
โรคเบาหวาน	8	1.80
โรคความดันโลหิตสูง	18	4.00
โรคไขมันในเลือด	10	2.20
โรคภูมิแพ้	11	2.40
โรคภูมิแพ้	11	2.40
โรคไทรอยด์	4	0.90
โรคเลือดจาง	2	0.40
โรคหอบหืด	3	0.70
8.รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	13	2.90
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	70	15.60
10,001-15,000 บาท/เดือน	83	18.40
มากกว่า15,000 บาท/เดือน	284	63.10

กลุ่มตัวอย่างประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.40%) อายุระหว่าง 30–44 ปี (51.60%) นับถือศาสนาพุทธ (94.90%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (72.90%) อาชีพหลักคือข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (40.40%) สถานภาพสมรส (75.30%) ไม่มีโรคประจำตัว (87.60%) สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (4.00%) รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 15,000 บาท (63.10%) ดังตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับ 302ส

1.4 ผลการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 302ส

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 302ส

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 302ส	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	386	85.80
ระดับปานกลาง	61	13.60
ระดับปรับปรุง	3	0.70
คะแนนเฉลี่ย 9.09 คะแนน คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสุด 10 คะแนน		

ผลการวิเคราะห์จากข้อมูลแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3๐2ส ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย พบว่า ประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3๐2ส อยู่ในระดับดี 386 คน คิดเป็นร้อยละ 85.8 ระดับปานกลาง 61 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 และระดับปรับปรุง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

2.2 – 2.6 ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับ 3๐2ส

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความ

เชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับ 3๐2ส

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	ระดับ
การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับ 3๐2ส	4.02	0.74	ดีมาก
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ 3๐2ส	3.64	0.91	ดี
การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับ 3๐2ส	3.88	0.82	ดี
การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ 3๐2ส	4.00	0.76	ดี
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 3๐2ส	3.68	0.78	ดี

ผลการวิเคราะห์พบว่า ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ 3๐2ส อยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับ 3๐2ส ($M = 4.02, SD = 0.74$) อยู่ในระดับ ดีมาก รองลงมาคือ การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ 3๐2ส ($M = 4.00, SD = 0.76$) และการจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ ($M = 3.88, SD = 0.82$) ซึ่งอยู่ในระดับ ดี เช่นเดียวกับ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 3๐2ส ($M = 3.68, SD = 0.78$) และ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($M = 3.64, SD = 0.91$) ซึ่งอยู่ในระดับ ดี เช่นกัน ดังตารางที่ 3

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่เกี่ยวกับ 3๐2ส

พฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่เกี่ยวกับ 3๐2ส	M	SD	ระดับ
การจัดการการเลือกบริโภคอาหาร	2.16	1.05	ดี
การจัดการอารมณ์ตนเอง	2.55	1.00	ดี
การจัดการการออกกำลังกาย	1.83	1.15	ปานกลาง
การจัดการตนเองจากสื่อบุหรี่	2.88	1.33	ดี
การจัดการตนเองจากสุรา	1.65	1.20	ปานกลาง
การตรวจสุขภาพ	2.55	1.30	ดี
การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.43	1.22	ดี
การจัดการ Covid -19	2.78	1.19	ดี
รวม	2.35	1.18	ดี

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย พบว่า โดยรวม มีพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่เกี่ยวกับ 3อ2ส อยู่ในระดับ ดี ($M = 2.35, SD = 1.18$) พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การจัดการตนเองจากบุหรี ($M = 2.88, SD = 1.13$) และ การจัดการอารมณ์และจิตใจ ($M = 2.78, SD = 1.22$) ซึ่งอยู่ในระดับ ดี ขณะที่การจัดการการออกกำลังกาย ($M = 1.83, SD = 1.15$) และ การจัดการพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ($M = 2.04, SD = 1.21$) อยู่ในระดับ ปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างด้านพฤติกรรมสุขภาพในบางมิติที่ยังควรได้รับการส่งเสริม ส่วนในด้านการจัดการ Covid-19 ($M = 2.23, SD = 1.15$) และการจัดการการเลือกบริโภคอาหาร ($M = 2.16, SD = 1.05$) ก็อยู่ในระดับ ดี ซึ่งอาจเป็นผลจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและมาตรการสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพ และ รายได้

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	ความแปรปรวน	ss	df	Mean Square	F	Sig.
เพศ	Between Groups	3.584	2	1.792	5.625	0.004**
	Within Groups	142.413	447	0.319		
	Total	145.997	449			
อายุ	Between Groups	0.608	3	0.203	0.622	0.601
	Within Groups	145.389	446	0.326		
	Total	145.997	449			
ศาสนา	Between Groups	5.951	2	2.976	9.497	0.000*
	Within Groups	140.046	447	0.313		
	Total	145.997	449			
ระดับการศึกษา	Between Groups	3.174	4	0.794	2.472	0.044*
	Within Groups	142.823	445	0.321		
	Total	145.997	449			
อาชีพ	Between Groups	2.598	5	0.520	1.609	0.156
	Within Groups	143.399	444	0.323		
	Total	145.997	449			
สถานภาพ	Between Groups	0.572	2	0.286	0.880	0.416
	Within Groups	145.425	447	0.325		
	Total	145.997	449			
รายได้	Between Groups	2.737	3	0.912	2.840	0.038*
	Within Groups	143.260	446	0.321		
	Total	145.997	449			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ (Sig. = 0.004), ศาสนา (Sig. = 0.000), ระดับการศึกษา (Sig. = 0.044) และ รายได้ต่อเดือน (Sig. = 0.038) มีค่า Sig. น้อยกว่าระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านการจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทาง 3อ2ส อย่างไรก็ตาม ปัจจัยพื้นฐานอื่น ได้แก่ อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sig. > 0.05) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มประชาชนที่มีอายุ อาชีพ และสถานภาพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ จำแนกตามโรคประจำตัว

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่	โรคประจำตัว	M	SD	t	df	Sig.
	ไม่มี	2.35	0.58	2.541	448	0.112

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test พบว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่เท่ากับ 2.35 (SD = 0.58) ขณะที่กลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 (SD = 0.46) โดยผลการทดสอบค่า t มีค่าเท่ากับ 2.541, df = 448 และค่า Sig. เท่ากับ 0.112 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ที่ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีหรือไม่มีโรคประจำตัวไม่ได้ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของปัจจัยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

	ชาย (M = 2.39)	หญิง (M = 2.35)	เพศทางเลือก (M = 1.94)
ชาย	-	0.515	0.001*
หญิง	-	-	0.002*
เพศทางเลือก	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของปัจจัยเพศต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบความแตกต่างแบบ Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มประชาชนที่มีเพศทางเลือกมีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากกลุ่มเพศชาย (Sig. = 0.001) และกลุ่มเพศหญิง (Sig. = 0.002) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ขณะที่การเปรียบเทียบเพศชายและเพศหญิงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sig. = 0.515) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่

	พุทธ (M = 2.36)	คริสต์ (M = 3.04)	อิสลาม (M = 1.91)
พุทธ	-	0.007*	0.001*
คริสต์	-	-	0.000*
อิสลาม	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย โดยใช้การทดสอบความแตกต่างแบบ Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มศาสนาพุทธ (M = 2.36) มีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มศาสนาคริสต์ (M = 3.04, Sig. = 0.007) และกลุ่มศาสนาอิสลาม (M = 1.91, Sig. = 0.001) ขณะที่กลุ่มศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลามก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sig. = 0.000) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่

	ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า (M = 2.36)	มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า (M = 3.04)	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า (M = 3.04)	ปริญญาตรี (M = 3.04)	สูงกว่า ปริญญาตรี (M = 1.91)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	-	0.031*	0.618	0.266	0.252
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	-	-	0.014*	0.054	0.065
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	-	-	-	0.034*	0.052
ปริญญาตรี	-	-	-	-	0.822
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย โดยใช้การทดสอบ Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มที่จบมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างจากกลุ่มที่จบประถมหรือต่ำกว่า (Sig. = 0.031) และกลุ่มที่จบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (Sig. = 0.014) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ กลุ่มที่จบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ยัง

แตกต่างจากกลุ่มที่จบปริญญาตรี (Sig. = 0.034) อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ส่วนกลุ่มอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่

	น้อยกว่า 5,000	5,001 – 10,000	10,001-15,000	มากกว่า15,000
	บาท/เดือน	บาท/เดือน	บาท/เดือน	บาท/เดือน
	(M = 2.39)	(M = 2.40)	(M = 2.18)	(M = 2.38)
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	-	0.936	0.226	0.952
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	-	-	0.018*	0.759
10,001-15,000 บาท/เดือน	-	-	-	0.006*
มากกว่า15,000 บาท/เดือน	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ 5,001–10,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้ 10,001–15,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig. = 0.018) เช่นเดียวกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้ 10,001–15,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญ (Sig. = 0.006) ส่วนกลุ่มรายได้อื่นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าระดับรายได้บางช่วงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยเฉพาะช่วงรายได้ปานกลางถึงสูง ดังตารางที่ 10

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4

ประเทศไทย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่		
	Pearson correlation	Sig (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.281	0.000**	สัมพันธ์น้อย
การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.500	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.480	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง

ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ (ต่อ)

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่		
	Pearson correlation	Sig (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.477	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.482	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับ 3อ2ส	0.503	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย พบว่า ทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงที่สุดคือ "การตัดสินใจและปฏิบัติตน" ($r = .503$) รองลงมาคือ "การเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ" ($r = .477$) และ "การเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูล" ($r = .482$) ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ขณะที่ "ความรู้ความเข้าใจเบื้องต้น" และ "การสื่อสารสุขภาพ" มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r = .281$ และ $.280$ ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติจริงและการเข้าถึงข้อมูล มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ในกลุ่มประชาชนวัยทำงาน ดังตารางที่ 11

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย เพื่อศึกษาระดับความรู้ รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเปรียบเทียบความแตกต่างและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับหลัก 3อ2ส อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 85.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนวัยทำงานกลุ่มนี้มีความสามารถในการรับรู้ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ กฤตภณ เทพอินทร์ และคุณเสนห์ ขุนแก้ว (2565) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 54.80 และ 45.20 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง (2565) ที่พัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พบว่าคนไทยส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ได้ และงานวิจัยของกิตติพงษ์

เรือนเพชร และคณะ (2566) ที่ศึกษาในกลุ่มนิสิตพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 50.98 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส อยู่ในระดับดีเช่นกัน (ค่าเฉลี่ย 22.15) ปัจจัยที่อาจมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานตอนต้น (อายุ 30–44 ปี) ซึ่งมักมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากเทคโนโลยีและสื่อดิจิทัล อีกทั้งสามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำไปปฏิบัติ จึงส่งผลให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจ และการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพ ในการศึกษาความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวิถีใหม่ พบว่า ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.01$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการเลือกรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทองสา บุตรงาม และคณะ (2566) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวในชีวิตวิถีใหม่ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P\text{-value} < 0.05$) ผลการศึกษายังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ2ส การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$) กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี พบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งให้เห็นว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนวัยทำงานควรได้รับความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยพื้นฐานเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการปรับตัวเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่อย่างมีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในระยะยาว

จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนมีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suka et al. (2015) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในประชากรญี่ปุ่น และงานวิจัยของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในประชากรไทย นอกจากนี้งานวิจัยล่าสุดในประเทศไทยยังสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาของ Chantaranamchoo et al. (2025) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัย และการศึกษาของ Manochaiwuthikul et al. (2025) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันระหว่างนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพและไม่ใช่วิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวิถีใหม่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับ ทองสา บุตรงาม และคณะ (2566) ที่พบว่าปัจจัยพื้นฐานมีผลต่อการปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่หลังการระบาดของโควิด-19 นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ใหม่อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) สอดคล้องกับ พัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) ที่พบความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี และเช่นเดียวกับของพิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) พบว่ารอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพมีสัมพันธ์กัน คือถ้าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นพฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนวัยทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปปฏิบัติ

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย สามารถใช้ข้อมูลนี้เป็นฐานในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพดีตามวิถีใหม่ สำหรับประชาชนวัยทำงานในพื้นที่

1.2 ใช้เป็นข้อมูลนำเข้า เพื่อประกาศเป็นนโยบายขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับเขตสุขภาพมุ่งเน้นประชาชนวัยทำงาน ที่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีทักษะการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแกนนำและต้นแบบให้กับประชาชนทั่วไปอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ ของประชาชน วัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

2.2 ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สืบค้นจาก

<http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=444>

กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานประจำปีกองโรคไม่ติดต่อ ปี 2564*. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

<https://ddc.moph.go.th>

กรมควบคุมโรค. (2565). *รายงานสถิติสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2565*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2565). *รายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*.

กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2566*. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

<https://www.anamai.moph.go.th>

กฤตภณ เทพอินทร์, & คุณแสนท์ ขุนแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 15(2), 45–57.

- กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, ชุตินา สุขเกษม, & สายฝน บุญส่ง. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส. ของนิสิตพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 41(1), 33–45.
- ขวัญประชา เขียวไชยสกุลไทย, และคณะ. (2562). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ทองสา บุตรงาม, ภาณุพงศ์ สุขอร่าม, & วาสนา เพชรเกษม. (2566). พฤติกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 9(1), 22–33.
- พวงประยงค์, ม. (2564). *การส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานการณ์โควิด-19*. สถาบันสุขภาพจิต.
- พัชรินทร์ มณีพงศ์, สุธาสินี สมจิตต์ และสมศรี พูนผล. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(1), 15–28.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(3), 110–118.
- ศรีสุดา บุญขยาย. (2562). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี*.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564)*. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566–2570*. กรุงเทพฯ: สช.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือแนวทางขับเคลื่อนสุขภาพวิถีใหม่สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2565). *Health Promotion for JorPor Series EP.2: สุขภาพคนทำงานไทย*. <https://www.ohswa.or.th/17675458/health-promotion-for-jorpor-series-ep2>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *รายงานสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชาชน พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://www.nso.go.th>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2565*. <https://www.ipsr.mahidol.ac.th>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). *แผนยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565–2569*.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2565). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 39(2), 74–88.

- Boonyakai, S. (2019). *Factors affecting health literacy among Thai population aged 15 years and over: A case study in health region 4*. Nakhon Pathom: Ministry of Public Health.
- Chantaranamchoo, N., Ruangsuwan, C., & Boonchooduang, S. (2025). Health literacy and health behavior among university personnel in the digital age. *International Journal of Behavioral Science*, 20(1), 45–59. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/UBS/article/view/274731>
- Manochaiwuthikul, A., Panumas, K., & Tipwaree, T. (2025). *Health literacy and behavioral practices among undergraduate students: A comparative study*. BMC Public Health, 25, Article 21761. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21761-0>
- Nanthamongkolchai, S., Lertcharoenrat, T., & Pudpong, N. (2022). Health consequences of COVID-19 pandemic among informal workers in Thailand. *Journal of Health Research*, 36(5), 875–885.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Phewchomkaewkulkit, P., et al. (2021). Health literacy and factors associated with disease prevention knowledge among Thai public health personnel. *Journal of Public Health Research*, 15(3), 22–34.
- Sirirassamee, T., & Sirirassamee, B. (2021). Health promotion for working-age Thais: A national imperative. *Journal of Health Systems Research*, 15(3), 210–218.
- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., & Bauer, U. (2021). Health literacy in health systems: Perspectives from six Asian countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6459. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126459>
- Suka, M., Odajima, T., Kasai, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., ... & Sugimori, H. (2015). *Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people*. Patient Education and Counseling, 98(5), 660–668. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.013>

- Tuntivivat, S., Chaisanit, M., & Chutamas, C. (2021). Mental health and economic uncertainty in Thai workers during the COVID-19 pandemic. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 42(4), 695–703.
- United Nations Development Programme. (2022). *Goal 3: Good health and well-being*. <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
- World Health Organization. (2023a). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: A toolkit*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2023b). *NCDs country profiles 2023*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240078928>