

Received: 2 May 2023, Revised: 23 May 2023

Accepted: 26 Jun. 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ

ศึกษาความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพในประชาชนเขตพื้นที่บริการปฐมภูมิเครือข่าย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

รัชชัย ศรีเสน^{1*}, เขมิตา ศรีเสน²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล เครือข่ายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ F-test และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 462 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 อายุ 15-21 ปีร้อยละ 59.7 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 63.9 และอาชีพรับจ้างร้อยละ 27.71 ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 90.04 โดยเฉพาะฝุ่นและควัน การใช้สารเคมี และการเผาขยะมีผลกระทบต่อสุขภาพร้อยละ 98.92, 98.27 และ 98.05 ตามลำดับ ศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และการเมืองมีผลกระทบต่อสุขภาพร้อยละ 26.62, 19.69 และ 14.28 ตามลำดับ มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีร้อยละ 78.35 พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องได้แก่ ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีร้อยละ 43.7 นอนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 59.5 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 63.9 และตรวจสุขภาพทุกปีร้อยละ 94.6 แต่ยังมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารหวาน มัน และเค็มปะปนกันร้อยละ 71.4 ดื่มสุราประจำร้อยละ 36.8 พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.115$, $p\text{-value} \leq 0.01$) จากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการศึกษาความรู้ด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในทุกกลุ่มประชากร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

คำสำคัญ : ปัจจัยกำหนดสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² อาจารย์ ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*Corresponding author E-mail: thuchchaimd@gmail.com

*Original Article***To Study the Knowledge of Determinants of Health in the People in the Primary Care Service Network. Naresuan University, Phitsanulok Province.**Thuchchai Srisen 1*, Kaemisa Srisen²**Abstract**

This study is descriptive research. The objectives were to study knowledge about determinants of health and the relationship between knowledge and health behaviours in the sample group located in the service area of the sub-district health promotion hospital, Faculty of Medicine Network, Naresuan University, aged 15 years and over by simple random sampling. Data collection by using a questionnaire. Data were analysed using descriptive statistics, F-test, and Spearman's correlation coefficient. The study found 462 sample groups, most of which were female 66.7%, 59.7% aged 15-21 years, 63.9% with bachelor's degrees, and 27.71% self-employed. Most of them have good knowledge 90.04%, especially dust and smoke, use of chemicals, and incineration had 98.92%, 98.27%, and 98.05% health effects, respectively. Religion, cultural traditions, and politics impacted health at 26.62%, 19.69%, and 14.28%, respectively. Most people have good health behaviours, accounting for 78.35%. Correct behaviours include 43.7% exercising more than 30 minutes, 59.5% sleeping more than 6 hours a day, 63.9% not smoking, and 94.6% having annual health check-ups. But some behaviours were not properly practiced, such as eating sweet, oily, and salty foods mixed in 71.4 percent, and drinking alcoholic beverages 36.8 percent. There was a statistically significant relationship between knowledge and health behaviours ($r = 0.115$, $p\text{-value} \leq 0.01$). From the results, Knowledge of social determinants of health should be studied in all population groups to serve as basic information for creating learning innovations and promote comprehensive knowledge and understanding of factors affecting health.

Keywords: Determinant of health, Health behavior, Health literacy

¹ Lecturer, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Naresuan University

² Lecturer, Department of Anatomy, Faculty of Medical Science, Naresuan University

*Corresponding author E-mail: thuchchaimd@gmail.com

บทนำ

เนื่องจากปัจจุบันสังคมมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในสังคมโลกและสังคมไทยมีด้วยกันหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ ชีวภาพ สารเคมี มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในองค์กร หรือธุรกิจมากขึ้น เพื่อให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีแบบก้าวกระโดด (Digital Disruption) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมแต่ละคนเปลี่ยนไป ต้องดิ้นรนในการดำรงชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองน้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ เกิดภาวะเครียดจากภาระงานที่เพิ่ม ปัญหากับเพื่อนร่วมงาน รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย การทำงานล่วงเวลาเพื่อให้ได้รายได้เพิ่ม เป็นต้น

พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ไปกำหนดสุขภาพ (Determinants of health)¹ ของประชาชน การจัดการที่ดีและเหมาะสม เช่น การลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ จะสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านี้ได้ และส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ครอบครัวและชุมชนให้ดียิ่งขึ้น แต่การจัดการของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในสาเหตุของปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ขาดประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ยังคงเกิดขึ้นซ้ำๆ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง การควบคุมและป้องกันการเกิดปัญหาจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health sector) และไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Non-health sector) เพื่อให้การดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม (Holistic health) ทั้งนี้ ประชาชนและชุมชนเองต้องมีส่วนร่วม (Community participation) ในการควบคุมและป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นด้วย โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ สุขภาวะของประชาชนโดยรวม (Health status) และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Well-being) ตามลำดับ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ประชาชนจะสามารถวิเคราะห์

และตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพออกมา กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพของ Ottawa charter² เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัญหา โดยการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skill) มีการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านต่าง เช่น ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งเมื่อประชาชนเกิดความรู้และเข้าใจจะสามารถเข้าถึงข้อมูล และสามารถตัดสินใจ แสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพออกมาได้ ดังนั้นการเพิ่มความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้กับประชาชน ในทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม จะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น³ หากเกินขีดความสามารถของตนเอง ก็สามารถตัดสินใจเข้ารับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ทราบความแตกต่างกันในด้านความรู้ความเข้าใจของกลุ่มประชากร ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน⁴ การจากศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ทางด้านสุขภาพ เช่น การศึกษาความรู้ด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinant of health) พบว่า ความรู้ด้านนี้จะมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ทางด้านสุขภาพของประชาชนในระดับที่แตกต่างกัน ส่งผลให้แสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน⁵ ปัจจุบันมีการศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพของประชาชนไทยเพิ่มมากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการก้าวเข้าสู่สังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate Thai society) ในปี พ.ศ. 2579 (ค.ศ. 2036) ตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) แต่การศึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาในหลายมิติ เพื่อให้เกิดทักษะต่างๆทางการรับรู้ ประเด็นด้านปัจจัยต่อความรู้ทางสุขภาพเป็นอีกมิติที่น่าสนใจ โดยเฉพาะปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health) เมื่อประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะช่วยตัดสินใจจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเอง และสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นด้านความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เนื่องจากยังไม่มีรายงานข้อมูล

เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวในพื้นที่ศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล เครือข่ายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รวมถึง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนด สุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ว่ามีความสัมพันธ์ กันอย่างไร ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการ ออกแบบนวัตกรรมการเรียนรู้ และส่งเสริมให้ประชาชนทุก กลุ่มวัย เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ มากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพครบ ทุกมิติ และสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจกำหนด พฤติกรรมต่าง ๆ ต่อสุขภาพของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยกำหนด สุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนด สุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive research) โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นเครือข่ายของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ 1. รพ.สต. วัดพริก 2. รพ.สต. จ้างาม 3. รพ.สต. เสาหิน 4. รพ.สต. ท่าทอง 5. รพ.สต. วังน้ำคู้ และ 6. รพ.สต. ท่าโพธิ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 42,603 คน⁶ กำหนดขนาดของตัวอย่างโดยสูตรของ Krejcie and Morgan⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 423 คน และรวมกับการเพิ่มตามอัตราการสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 470 คน จากนั้นดำเนินการสุ่ม ตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษาแบบง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ประชาชนในเขตพื้นที่บริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล (รพ.สต.) ที่เป็น เครือข่ายของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทั้ง 6

แห่ง ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก คือ ประชาชนมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่อยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วน ตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นเครือข่ายของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ทั้ง 6 แห่ง ทั้งเพศชายและหญิง และ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ ลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการ วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล เป็นคำถาม แบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิ การศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 เป็นการทดสอบความรู้เกี่ยวกับปัจจัย กำหนดสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

การทดสอบความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เลือกกาในช่องคำตอบที่ ให้ไว้ 2 ช่อง เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผล ระดับความรู้ โดยดูจากคะแนนที่ได้ดังนี้ คะแนนที่ได้ระหว่าง 11-15 คะแนน มีค่าเท่ากับความรู้ระดับดี คะแนนที่ได้ระหว่าง 6-10 คะแนน มีค่าเท่ากับความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน ที่ได้ระหว่าง 0-5 คะแนน มีค่าเท่ากับความรู้ระดับไม่ดี⁸

การทดสอบพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำถามเชิงบวก และลบ ทั้งหมด 7 ข้อ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ 1. พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร 2. การออกกำลังกาย 3. การพักผ่อน 4. การตรวจสุขภาพ เกณฑ์การให้คะแนนคิดตามการวัดมาตรา ส่วน (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติถูกต้องให้ 3 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 21 คะแนน การแปลผลพฤติกรรม แปล ตามเกณฑ์คะแนนพฤติกรรมดังนี้ คะแนนระหว่าง 15-21 คะแนน เท่ากับพฤติกรรมระดับดี คะแนนระหว่าง 8-14 คะแนน เท่ากับพฤติกรรมระดับพอใช้ และคะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน เท่ากับพฤติกรรมระดับไม่ดี (ควรปรับปรุง) (0-7 คะแนน)⁸

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

การเก็บข้อมูล

ประสานงานไปยัง รพ.สต. เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมการใช้เครื่องมือวิจัยแล้ว ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขตงานวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมโครงการรับทราบและลงนามในหนังสือยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรม

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 462 คน

ลำดับ	ประเภทข้อมูล	ลักษณะข้อมูล	จำนวน (n=462)	ร้อยละ
1.	เพศ	ชาย	154	33.3
		หญิง	308	66.7
2.	อายุ	15-21 ปี	276	59.7
		22-59 ปี	172	37.2
		60 ปีขึ้นไป	14	3.0
3.	วุฒิการศึกษา	ประถมศึกษา	28	6.1
		ม.3	17	3.7
		ม.6	103	22.3
		อนุปริญญาตรี	12	2.6
		ปริญญาตรี	295	63.9
		ปริญญาโทหรือสูงกว่า	7	1.5

สุขภาพของประชาชน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation)

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No.035/2022 IRB No.P3-0001/2565 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 462 คนจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 470 คนคิดเป็นร้อยละ 98.29 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อยู่ในช่วงอายุ 15-21 ปี มากที่สุดร้อยละ 59.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 63.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 27.71 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ลำดับ	ประเภทข้อมูล	ลักษณะข้อมูล	จำนวน (n=462)	ร้อยละ
4.	อาชีพ	รับจ้าง	128	27.71
		เกษตรกร	116	25.11
		ข้าราชการ	45	9.7
		รัฐวิสาหกิจ	5	1.1
		นักเรียน	110	23.83
		ว่างงาน	58	12.55

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 90.04 โดยเพศชายและหญิงมีความรู้ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 31.39 และ 58.66 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องฝุ่นและควัน การใช้สารเคมีในเกษตรกรรม และการเผาขยะมีผลกระทบต่อสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 98.92, 98.27 และ 98.05 ตามลำดับ

ในทางตรงกันข้ามมีความรู้เรื่องศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม และการเมืองมีผลกระทบต่อสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 26.62, 19.69 และ 14.28 ตามลำดับ พบความแตกต่างระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพกับเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)	p-value	ความรู้ระดับดี (11-15 คะแนน)		ความรู้ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)		ความรู้ระดับไม่ดี (0-5 คะแนน)	
					จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	154	14.13	1.91	0.02	145	31.39	8	1.73	1	0.22
หญิง	308	13.28	3.14		271	58.66	21	4.55	16	3.46
รวม	462	13.56	2.819		416	90.04	29	6.28	17	3.68

พบค่าเฉลี่ยความรู้สูงสุดในกลุ่มอายุ 15-21 ปี ($\bar{X}$ = 13.68) และกลุ่มผู้จบปริญญาโท ($\bar{X}$ = 14.86) เมื่อนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุและวุฒิการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดไม่พบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มอาชีพพบ

สูงสุดในกลุ่มข้าราชการ ($\bar{X}$ = 14.42) เมื่อนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพพบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p\text{-value} = 0.03$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ในแต่ละกลุ่มและค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับกลุ่มอายุ การศึกษา และอาชีพ

กลุ่ม	แยกตามกลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)	Sig.
อายุ	15-21 ปี	13.68	2.843	0.366
	21-60 ปี	13.45	2.86	
	มากกว่า 60 ปี	12.71	1.437	
การศึกษา	ประถมศึกษา	13	1.764	0.124
	ม.3	13.47	1.463	
	ม.6	13.08	3.5	
	อนุปริญญาตรี	12.75	3.467	
	ปริญญาตรี	13.79	2.669	
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	14.86	0.378	
	รับจ้าง	12.54	3.383	
	เกษตรกร	12.41	2.108	
อาชีพ	ข้าราชการ	14.42	1.34	0.030
	รัฐวิสาหกิจ	13.60	1.949	
	นักเรียน	13.64	2.857	
	ว่างงาน	13.23	3.538	

พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากที่สุดร้อยละ 78.35 พบในเพศชายร้อยละ 27.71 และเพศหญิงร้อยละ 50.65 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)	พฤติกรรมระดับดี (15-21 คะแนน)		พฤติกรรมระดับพอใช้ (8-14 คะแนน)		พฤติกรรมระดับไม่ดี (0-7 คะแนน)	
				จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	154	16.29	2.27	128	27.71	26	5.63	0	0
หญิง	308	16.01	2.03	234	50.65	74	16.02	0	0
รวม	462	16.11	2.11	362	78.35	100	21.65	0	0

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติบ่อยและถูกต้อง ได้แก่ ออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีร้อยละ 43.7 นอนมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 59.5 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 63.9

และกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพประจำปีถึงร้อยละ 94.6 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1. การออกกำลังกาย 2. การพักผ่อน 3. การรับประทานอาหาร 4. การตรวจสุขภาพประจำปี

คำถามพฤติกรรม	จำนวน (n = 462)	ร้อยละ
<u>การออกกำลังกาย</u>		
1. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยกี่นาทีต่อครั้ง		
≥ 30 นาทีต่อครั้ง	202	43.7
15-20 นาทีต่อครั้ง	130	28.1
ไม่ปฏิบัติ	130	28.1
2. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยกี่วันต่อสัปดาห์		
≥ 3 วันต่อสัปดาห์	157	34.0
1-2 วันต่อสัปดาห์	162	35.1
ไม่ปฏิบัติ	143	31.0
<u>การพักผ่อน</u>		
3. ท่านนอนพักผ่อนอย่างน้อยกี่ชั่วโมงต่อวัน		
≥ 6 ชั่วโมงต่อวัน	275	59.5
4-5 ชั่วโมงต่อวัน	180	39.0
1-3 ชั่วโมงต่อวัน	7	1.5
<u>การรับประทานอาหาร</u>		
4. ท่านชอบทานอาหารประเภทใด		
จืดอย่างเดียว	117	25.3
หวาน,มัน,เค็ม	330	71.4
รสเผ็ด	15	3.2
5. ท่านดื่มสุราเป็นประจำ		
ดื่มประจำ	170	36.8
ดื่มนานๆครั้ง	146	31.6
ไม่ดื่ม	146	31.6
6. ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำ		
สูบบุหรี่ประจำ	166	35.9
สูบนานๆครั้ง	1	0.2
ไม่สูบ	295	63.9
<u>การตรวจสุขภาพ</u>		
7. ท่านตรวจสุขภาพประจำปีบ่อยแค่ไหน		
ทุกปี	437	94.6
นานๆครั้ง	0	0
ไม่ตรวจสุขภาพมากกว่า 5 ปี	25	5.4

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) ระหว่างความรู้และ

พฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.115$, $p\text{-value} = 0.013$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนเขตพื้นที่บริการปฐมภูมิ เครือข่าย มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ	
	r_s	p-value
ความรู้	0.115	0.013*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพอยู่ในระดับดีร้อยละ 90.04 พบในเพศชายร้อยละ 31.39 และเพศหญิงร้อยละ 58.66 โดยอาชีพมีผลกระทบต่อบรรยากาศความรู้ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ที่ต่ำสุดในกลุ่มอาชีพเกษตรกร ($\bar{X}=12.41$) ส่วนกลุ่มอาชีพข้าราชการมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้มากที่สุด ($\bar{X}=14.42$) ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าอาชีพมีส่วนสำคัญในการค้นคว้าหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ จากแหล่งต่างๆ เช่น ห้องสมุด หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ และคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละอาชีพ ส่วนอายุและวุฒิการศึกษา จะมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เช่น กลุ่มอายุ 15-21 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้จบปริญญาโทมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้จบประถมศึกษา เป็นต้น แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างความรู้กับกลุ่มอายุและวุฒิการศึกษาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยคิดว่าความรู้ความเข้าใจของประชาชน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดเพียงปัจจัยเดียว อาจมีหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ เช่น ประสบการณ์การทำงาน อาชีพ รายได้ เป็นต้น ในกรณีผู้มีรายได้น้อย ทำให้ขาดโอกาสหลายอย่าง เช่น การศึกษา การเข้าถึงสิ่งจำเป็นพื้นฐาน และข้อมูลสุขภาพ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงส่งผลการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีตามมา จะเห็นได้ว่ารายได้นอกจากจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้แล้วยังเป็นปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ

(Social determinants of health) ทำให้เกิดความเลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพที่ชัดเจนระหว่างคนจนและคนรวย^{9,10} ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ฝุ่นและควัน การใช้สารเคมี การเผาขยะ (ร้อยละ 98.92, ร้อยละ 98.27, และร้อยละ 98.05 ตามลำดับ) ในทางตรงกันข้ามยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ศาสนาร้อยละ 26.62 ประเพณีและวัฒนธรรมร้อยละ 19.69 และการเมืองร้อยละ 14.28 เป็นต้น แสดงให้เห็นว่ายังไม่รู้และเข้าใจว่าปัจจัยเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างไร จึงจำเป็นต้องศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในทุกกลุ่มประชากร เพื่อสร้างฐานคิดที่ถูกต้อง สร้างเครือข่ายการทำงานและสร้างนวัตกรรมที่เป็นเครื่องมือในการเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพต่อไป¹¹ ดังนั้นเมื่อประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับดี จะนำไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพต่อไป¹²

พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 78.35 พฤติกรรมที่พบบ่อยและปฏิบัติถูกต้องด้านการออกกำลังกายได้แก่ การออกกำลังกายมากกว่า 30 นาทีต่อครั้งร้อยละ 43.7 แต่ยังมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ การออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้งร้อยละ 28.1 หรือออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 35.1 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกายได้ทุกวัน แต่เมื่อมีเวลาก็สามารถปฏิบัติ

ได้มากกว่า 30 นาทีต่อครั้ง ส่วนด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการทานอาหารหวาน มัน และเค็ม ปะปนกันไปร้อยละ 71.4 อธิบายได้ว่าความเร่งรีบในการทำงานและการเรียน ทำให้ต้องรับประทานอาหารประเภทจานด่วน (Fast food) เพื่อประหยัดเวลาและไม่คำนึงถึงคุณประโยชน์ของอาหารเป็นหลัก ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ตามมาได้¹³ แต่อย่างไรก็ตามยังให้ความสำคัญของการพักผ่อนไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 59.5 และเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 94.6 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ดีช่วยส่งเสริมและป้องกันโรคต่างๆได้ในระดับหนึ่ง¹⁴

พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพกับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และสอดคล้องกับงานวิจัยของอภิญา อินทรรัตน์ ที่รายงานว่า การมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลได้ กล่าวคือผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสามารถใช้ทักษะแสวงหาความรู้ ค้นหาข้อมูล ทำความเข้าใจ สื่อสารให้กับผู้รับบริการได้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ให้ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และเหมาะสมได้¹⁶ แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าความรู้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้ไม่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆร่วมด้วยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ เพศ เป็นต้น¹⁷

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพมีความสำคัญต่อความรู้ความเข้าใจของประชาชน เมื่อรู้และเข้าใจเพิ่มขึ้น จะสามารถตัดสินใจแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพออกมา และบริหารจัดการกับสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาประเด็นความรู้ด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพไปด้วยในทุกกลุ่มประชากร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ ส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณ คณะ

แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือตลอดช่วงดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 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 2009.
2. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Retrieved from World Health Organization 1986.
3. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Switzerland. Marilyn Langfeld. 1998.
4. Do BN, Nguyen PA, Pham KM, Nguyen HC, Nguyen MH, Tran CQ. et. al. Determinants of Health Literacy and Its Associations with Health-Related Behaviors, Depression Among the Older People With and Without Suspected COVID-19 Symptoms: A Multi-Institutional Study. Front Public Health. 2020 Nov 16;8:581746.
5. Steven S. Coughlin, Marlo Vernon, Christos Hatzigeorgiou, Varghese George. Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control, J Environ Health Sci 2020;6(1):3061.
6. KISS's Developer Team, Department of Health, Ministry of Public Health (Internet). Nonthaburi; 2020 (cited 2022 Oct 9) Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/populationpyramid/tambon?year=2020&tb=650106>
7. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. "Determining sample size for research activities". Educational

- and Psychological Measurement 1970;30(3):607-610.
8. Bloom, B.S. Taxonomy of Education. New York: David McKay Company Inc 1975.
 9. Simões N., Crespo N., Moreira S.B., Varum Celeste A. Measurement and determinants of health poverty and richness: evidence from Portugal. *Empir. Econ* 2016;50:1331–1358.
 10. Simmons RA, Cosgrove SC, Romney MC, et al. Health literacy: cancer prevention strategies for early adults. *Am J Prev Med* 2017;53(3S1):73-77.
 11. Krittiya Sasipuminrit. The review of social determinants of health learning process. Thai Health Promotion Foundation. *Social Justice and Inequality Journal* 2021;2(2):15-33.
 12. Don Nutbeam, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International* 2000;15(3):259–267.
 13. The World Bank. Health and Non-communicable disease. Washington, DC 20433, USA 2016.
 14. Sithisarankul P. Health examination-important opportunity for prevention. *Chula Med J* 2009 Jul – Aug;53(4):247-51.
 15. Sangduan Ginggeaw, Nusara Prasertsri. The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Muti-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016;25(3):43-54.
 16. Apinya Indhraratana. Health literacy of Health Professionals. *Journal of Thai Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):174-78.
 17. Thaparat Rakpanusit, Narumol Jeenuang, and Nantiya Khoyneung. Factors Related to Health Promotion Behavior among Undergraduate University Students, Prince of Songkla University, Pattani Campus. *ASL.PSU* 2018;29(3):170-178.