



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี

FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY
OF THE ROYAL THAI NAVY CONSCRIPTS CHON BURI PROVINCE

เสาวภา ดงหงษ์

มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี



เสาวภา ดงหงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY
OF THE ROYAL THAI NAVY CONSCRIPTS CHON BURI PROVINCE



SAOWAPA DONGHONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2021

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ เสาวภา ดงหงษ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. วิณา เทียงธรรม)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสากร ชีวะเกตุ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

60920057: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ ทหารกองประจำการ
 เสาวภา ดงหงษ์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกอง
 ประจำการ จังหวัดชลบุรี. (FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY OF THE ROYAL THAI
 NAVY CONSCRIPTS CHON BURI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: รุ่งรัตน์ ศรีสุริย
 เวศน์, ปร.ด., พรนภา หอมสินธุ์, ปร.ด. ปี พ.ศ. 2564.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ทหาร
 กองประจำการเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา
 ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเครียด) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และ
 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือในจังหวัดชลบุรี
 กลุ่มตัวอย่าง คือ พลทหารใหม่ กองประจำการที่ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึก
 หน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.ร.ฝ.) ในเขตอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 364 คน
 ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย
 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 พฤติกรรมทางเพศ และแบบประเมินความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมระดับ
 ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 48.1 โดยพบมากที่สุด ได้แก่ ด้านการเข้าใจ (ร้อยละ 54.9) รองลงมา
 ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ (ร้อยละ 38.7) และด้านการโต้ตอบซักถาม (ร้อยละ 34.9) เมื่อ
 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความเครียด ($r = -0.173$) การสูบบุหรี่
 ($r = -0.162$) การดื่มแอลกอฮอล์ ($r = -0.268$) และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($r = -0.271$) มีความสัมพันธ์
 ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ฐานะทางเศรษฐกิจ
 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.154$) ส่วนอายุ
 และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p > 0.05$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ทหารกองประจำการที่มีความเครียด มีพฤติกรรมเสี่ยง
 ทางสุขภาพจะมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

60920057: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: HEALTH LITERACY/ CONSCRIPTS

SAOWAPA DONGHONG : FACTORS RELATED TO HEALTH LITERACY OF THE ROYAL THAI NAVY CONSCRIPTS CHON BURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: RUNGRAT SRISURIYAWET, Ph.D., PORNNAPA HOMSIN, Ph.D. 2021.

Health literacy is the social determinant of health. The royal Thai navy conscripts become the risk group having low health literacy. The purpose of this study was to study the level of health literacy and the relationship between individual characteristic (age, education level, economic status, stress), health risk behaviors (smoking, alcohol drinking and sexual risk behavior), and the health literacy of navy conscripts in Chonburi Province. The systematic sampling was used to recruited 364 new soldiers stationed at the Marine Corps Training Center [NS] and the Combat Air Command and Coast Guard Training Center [SorRoph.] in Sattahip District, Chonburi Province. Data were collected by using self-report questionnaires consisting of Health Literacy, Smoking Behavior, Alcohol Drinking Behavior, Sexual behavior, and Stress. The data were analyzed by percentage, mean and standard deviation, and Pearson correlation coefficient.

The results revealed that 48.1% of soldiers reported insufficient level of health literacy. The high insufficient components were understanding, behavior change and continuation, and interaction and questioning (54.9%, 38.7%, and 34.9%, respectively). Correlational analysis found that stress ($r = -0.173$), smoking behavior ($r = -0.162$), alcohol drinking ($r = -0.268$), and sexual risk behavior ($r = -0.271$) were negatively correlated to health literacy ($p < 0.001$). Economic status was positively related to health literacy ($r = 0.154$). Meanwhile, age, and educational level were not related to health literacy ($p > 0.05$).

From the research results, it is suggested that conscripts with high stress and health risk behaviors tend to have low health literacy.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาชี้แนะและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง ตลอดจนติดตาม กระตุ้นเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสมอมา ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิณา เทียงธรรม อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาตรวจแก้ไข และวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา ผู้บังคับบัญชาทุกระดับชั้นและเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ สนับสนุนให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณพลทหาร กองประจำการใหม่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จนทำให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมบูชาพระคุณบิดา และบูรพาจารย์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนวิชาความรู้ และให้ความเมตตาแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และเป็นกำลังใจสำคัญ ที่ทำให้การศึกษาระดับนี้ลุล่วงได้ด้วยดี

เสาวภา ดงหงษ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
บทที่ 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	11
บริบทของทหารกองประจำการและภาวะสุขภาพ	30
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย.....	50

การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย.....	53
บทที่ 4 ผลการวิจัย	54
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	54
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางสุขภาพ	57
ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	59
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ	61
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	63
สรุปผลการวิจัย	63
อภิปรายผลการวิจัย	64
ข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้.....	70
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	70
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	87
ภาคผนวก ก	88
ภาคผนวก ข	107
ภาคผนวก ค	109
ภาคผนวก ง.....	113
ประวัติย่อของผู้วิจัย	123

สารบัญตาราง

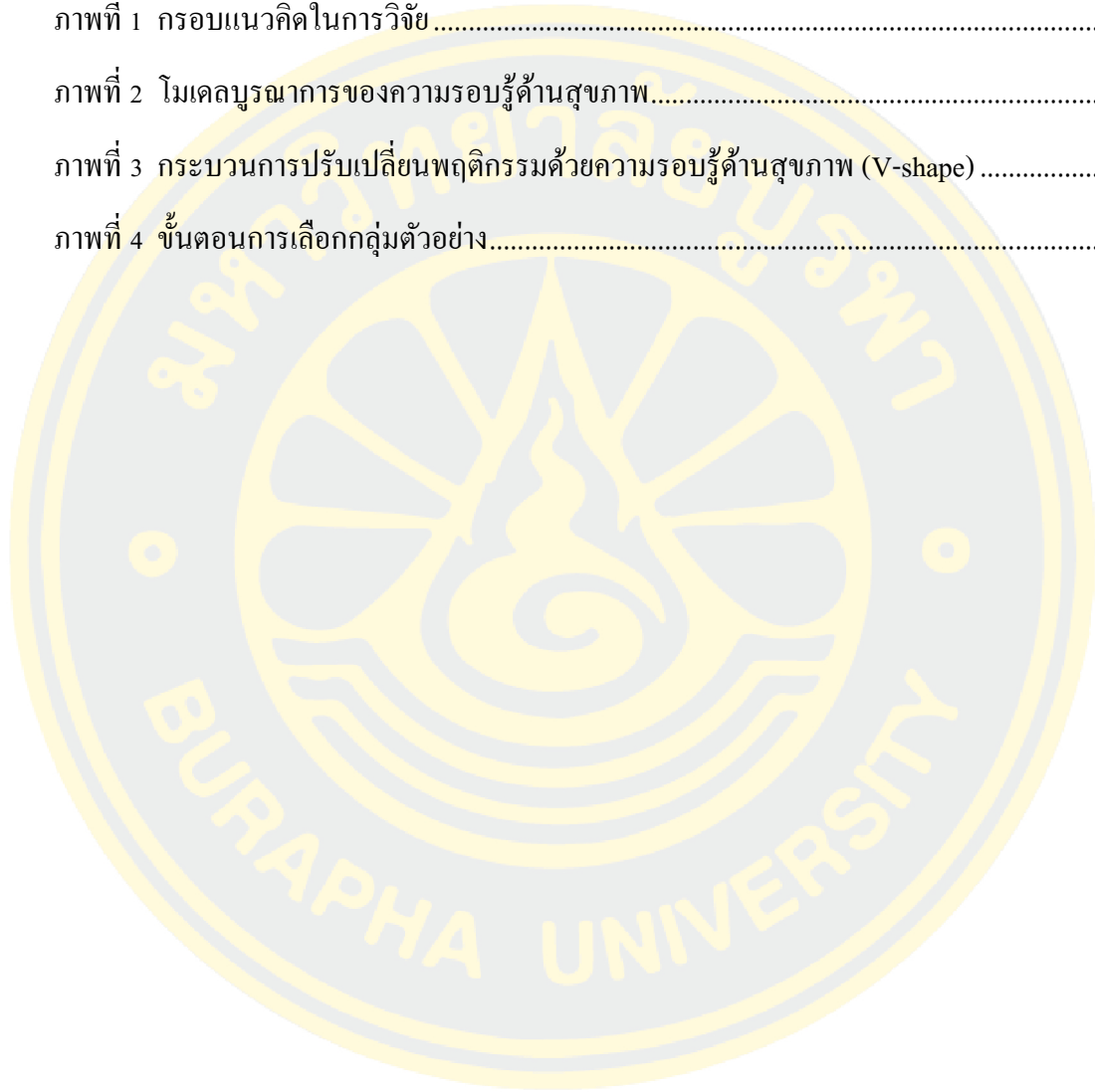
หน้า

ตารางที่ 1	เมทริกซ์ใน 4 ด้าน ของการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ 3 มิติของงานด้านสุขภาพ	19
ตารางที่ 2	กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ	23
ตารางที่ 3	กรอบแนวคิดพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของไทย 16 มิติ	26
ตารางที่ 4	การกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ	47
ตารางที่ 5	การกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามคะแนนภาพรวม	47
ตารางที่ 6	สรุปผลทดสอบค่า Cronbach's Alpha ของแบบสอบถาม	50
ตารางที่ 7	ระดับการวัดของตัวแปรที่ศึกษาและการให้ค่าคะแนน	53
ตารางที่ 8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 364)	55
ตารางที่ 9	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลสุขภาพ (n = 364).....	57
ตารางที่ 10	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมทางสุขภาพ	58
ตารางที่ 11	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม (n = 364).....	60
ตารางที่ 12	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ.....	61
ตารางที่ 13	ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	62
ตารางที่ 14	ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึงข้อมูล.....	114
ตารางที่ 15	ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าใจ.....	114
ตารางที่ 16	ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ในมิติการโต้ตอบซักถาม.....	115
ตารางที่ 17	ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการตัดสินใจ.....	115
ตารางที่ 18	ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ	116
ตารางที่ 19	คะแนนวิเคราะห์รายข้อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในแต่ละมิติ	116



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
ภาพที่ 2 โมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	18
ภาพที่ 3 กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (V-shape)	25
ภาพที่ 4 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	44



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรู้ด้านสุขภาพ “Health literacy [HL]” หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงดำรงรักษาสุขภาพตนเองให้ดี (World Health Organization [WHO], 1998 อ้างถึงใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2560) ความรู้ด้านสุขภาพได้รับความสนใจจากหลายประเทศทั่วโลก และในหลายประเทศ ได้นำไปใช้เป็นนโยบายในระบบสุขภาพ เนื่องจากเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของประชากรโลก (Nutbeam, 2000) โดยมีความสำคัญต่อสุขภาพประชากรทุกช่วงวัย ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและภาวะที่เจ็บป่วย สำหรับสถานการณ์ความรู้ทางสุขภาพของประชาชนชาวไทย จากการสำรวจของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2557 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป การประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในพื้นที่ 77 จังหวัด รวม 31,200 คน อยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 39.0 และระดับดีมาก เพียง ร้อยละ 1.6

ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับความรู้ทางสุขภาพของประชาชนเพราะถ้าประชาชนมีความรู้ทางสุขภาพต่ำ ก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น (ขวัญเมือง แก้วคำกิจ และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2556) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ (Parker, 2000) ได้แก่ สถานะทางสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ (Rootman, 2002) จากการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 และการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Sharif & Blank, 2010; Chang et al., 2016) เช่น การบริโภคอาหาร การใช้ยาเสพติด การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง (De Walt, Berkman, Sheridan,

Lohr, & Pignone, 2004) จากรายงานของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เรื่อง การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2559) พบว่า มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การไม่มีความรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น และพฤติกรรมป้องกันโรคที่น้อยลง รวมทั้งการเข้ารับการรักษาที่บ่อน้อยขึ้น ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทั้งหมดนี้ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (กรรณธัช)

ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ถือเป็นหัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะช่วยยกระดับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ การใช้ข้อมูลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงเป็นการดำเนินงานสำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิผล การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในทุกบริบท และกลุ่มวัยมากขึ้น (Shanghai Declaration, 2016) โดยหลักการสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบัน คือ แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Health for all) ที่ถือว่าเป็นข้อมูลจำเป็นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับด้วยความเข้าใจและนำไปใช้ และแนวคิดทุกระบบเพื่อสุขภาพ (Health in all policies) ที่ถือว่าสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมทุกพฤติกรรม ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยในการกำหนดภาวะสุขภาพ ดังนั้น หากทุกระบบเน้นการให้ข้อมูลและเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จะช่วยให้ประชาชนเกิดทักษะในการเข้าถึงและเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลไปใช้และช่วยในการตัดสินใจด้านสุขภาพได้ (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560) ในประเทศไทยได้มีการจำลองโมเดลกรอบแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกรอบการดำเนินงานของบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้เกิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เรียกว่ารูปแบบตัววี (แบบจำลอง V-shape) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ (วชิระ เฟิงจันทร์, 2560) มากกว่าการสอนให้รู้ (สถานการณ์ปัจจุบัน คือ รู้แต่ไม่ทำ) แต่เป็นการสอนให้รู้ คิดเป็น ทำเป็นและบอกต่อได้ เข้าถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยมีเป้าหมายในปี พ.ศ. 2564 ว่า คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25

ทหารกองประจำการ (ทหารเกณฑ์) เป็นประชากรอีกกลุ่มที่มีความสำคัญ และมีบริบทเฉพาะเป็นพิเศษ จึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยที่เป็นเยาวชนหรือวัยรุ่น เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงด้านการคิด อารมณ์ จิตใจและสังคม ได้ช้ากว่าการเจริญเติบโตด้านร่างกาย ทำให้สมองที่ควบคุมความอยาก อารมณ์ จิตใจทำงานเร็วกว่าสมองในส่วนที่ควบคุมการตัดสินใจ ควบคุมอารมณ์

และการวางแผน ที่พัฒนาสูงสุด คือ สมองส่วนหน้า ที่มีหน้าที่ในการควบคุมความคิด การวิเคราะห์ และประเมินความเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งในการพัฒนาโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองในส่วนต่าง ๆ นี้ จะพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่องตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้มีความพร้อม ในการคิดและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ก่อให้เกิดการตัดสินใจ หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ กำลังอยู่ในช่วง พัฒนาที่มีความแตกต่างกับวัยผู้ใหญ่ (จันทร์จิตา พุกษานนท์, 2559)

นอกจากนี้เมื่อชายไทยเหล่านี้เข้ามาเป็นทหารกองประจำการ ต้องอยู่ในกรมทหาร ย่อมต้องอยู่ภายใต้กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และแบบธรรมเนียมทหาร จำต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับ สภาพแวดล้อมใหม่และกฎระเบียบวินัยทหารที่เคร่งครัด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน รวมถึงการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stress) ความเหนื่อยล้าในการฝึก (Shephard & Shek, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุณนที นวลสุวรรณ, อายุพร ประสิทธิเวชชากร และองศ์อร ประจันเขตต์ (2555) ที่พบว่า ทหารกอง ประจำการใหม่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.4 อีกทั้งยังพบว่า การพลัดพราก จากครอบครัวและคู่ครองหรือคนรักทำให้เกิดความเครียด ความเหงา ความเบื่อหน่าย ซึ่งเป็นปัจจัย สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา (ธิดารัตน์ หนีปาน, พัชรินทร์ สิริสุนทร, ทวีศักดิ์ นพเกษร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์, 2558; อรวรรณ จุลวงษ์, 2557) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ (กันยารัตน์ กุญสุวรรณ, นำชัย สุภฤกษ์ชัยสกุล, อังคินันท์ อินทรกำแหง และวิลาสลักษณ์ ชำวัลลี, 2556; ภาวิณี มนตรี, 2557; ศุภโชค ตรรณันท์, วัลลก แดงใหญ่, ภาวฤณ ลิพหวนิช และศุภขจี แสงเรืองอ่อน, 2559) และยังพบว่า ทหารกองประจำการ มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุรา เพราะช่วยลดความเครียดจากการฝึก และได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ใช้เวลาส่วนใหญ่ในค่ายทหารที่มีเพื่อนรุ่นเดียวกันและรุ่นพี่ที่อายุไม่แตกต่างกันมาก ทำให้เพื่อน หรือรุ่นพี่มีอิทธิพลในการชักชวน การไปหาเพื่อนตามสถานเริงรมย์และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ ถุงยางอนามัย เนื่องจากก่อนมีเพศสัมพันธ์มักจะดื่มสุรามินเมา (Julawong & Srikanok, 2014; Meesiri, 2004)

จะเห็นว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคของทหารกองประจำการ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรม เสี่ยงด้านใด ๆ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่ตามมา ย่อมทำให้กำลังพลขาดประสิทธิภาพ และบั่นทอนศักยภาพในการปฏิบัติการทางทหาร การป้องกันประเทศ การช่วยเหลือประชาชน และพัฒนาประเทศต่อไป ชลบุรี เป็นจังหวัดที่รู้จักกันดีในฐานะเมืองของทหารเรือ เพราะมีหน่วยงาน ของกองทัพเรืออยู่หลายพื้นที่ รวม 13 หน่วยทั้งจังหวัด โดยเฉพาะในส่วนของ อำเภอสัตหีบ

มี 11 หน่วย (กรมแพทยทหารเรือ, 2562) กองทัพเรือตระหนักถึงปัญหาของการพัฒนาด้านสุขภาพร่างกายของกำลังพล จึงได้มีนโยบายในการพัฒนา และเสริมสร้างสุขภาพของกำลังพลอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2562 ผู้บัญชาการทหารเรือ ได้กำหนดยุทธศาสตร์กองทัพเรือ ระยะ 20 ปี ซึ่งให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างขีดความสามารถเพื่อให้กองทัพเรือมีกำลังรบที่เหมาะสม และพร้อมปฏิบัติการ โดยมีกรอบทิศทางและแนวทางการปฏิบัติ สำหรับหน่วยขึ้นตรงกองทัพเรือ ที่มุ่งพัฒนา ด้านองค์บุคคล “จิตใจที่เข้มแข็งและดีงาม ล้วนอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์” ทั้งนี้ทหารกองประจำการเหล่านี้ถือว่าเป็นกองกำลังสำรองที่สำคัญของกองทัพ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่มากขึ้นจะสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีและยั่งยืน

ในปัจจุบันได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย ทั้งด้านงานวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่ศึกษาหาระดับความรู้ด้านสุขภาพในหลากหลายกลุ่มประชากร ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มประชากรที่มีภาวะสุขภาพดี เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ (พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์, อัจฉรา ประเสริฐสิน และอมราพร สุรการ, 2560) กลุ่มเสี่ยงต่อโรค เช่น กลุ่มเด็กโรคอ้วน (นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2557) กลุ่มผู้สูงอายุ (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศิริ, 2558) ประชาชนไทย กลุ่มเสี่ยง (อาเนช โออิน, 2559) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง (Konstantine, Weld, Richard, Sandra, & Garmon, 2009; Shima, Mahin, Simin, & Bahman, 2018; Ali Rahimi & Ghahraman, 2017; ธเนศวุฒิ สายแสง, วีระศักดิ์ จิตไชยสง, กนกกรศรี สุทธิประภา และสุวรรณ ภัทรเบญจพล, 2558; นิติกุล บุญแก้ว, 2557; ทักษกานต์ ห้องกระจก, 2559)

งานวิจัยที่ผ่านมามีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรทั่วไปที่สุขภาพดียังมีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งไม่พบการศึกษาในกลุ่มของทหารกองประจำการในขณะที่เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากทหารเกณฑ์ส่วนใหญ่เป็นประชาชนบท มีการศึกษาโดยเฉลี่ยในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาได้แก่ อาชีพทำนา ทำไร่ รายได้เฉลี่ยของคนในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำปานกลางจนถึงต่ำ (อภิเชษฐ ชุ่มวาริ, 2560; สมพล ปาละไทย, 2555; ภิรมย์ อุทัศน์, 2556) และการเปลี่ยนสถานภาพจากชีวิตพลเรือนไปเป็นทหารกองประจำการทำให้ทหารกองประจำการจำนวนมากต้องอยู่ในภาวะกดดันและจำเป็นต้องปรับตัว ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ภาวะเครียด พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (กุนนที นวลสุวรรณ และคณะ, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้ คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และความเครียด คือ อายุมีความสัมพันธ์ต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Baker, Parker, Williams, & Clark., 1998; Honghui et al., 2017; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558) รายได้และเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากมีความพร้อมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และสามารถจ่ายเงินสำหรับซื้อบริการทางสุขภาพได้มากกว่า ปัจจัยด้านความรู้และระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า เนื่องจากมีความพร้อมในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถอ่าน ซักถามข้อมูลได้ดีกว่า รวมทั้ง มีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่า (Christian, Michael, Wolf, & Wardle, 2009; Honghui et al., 2017; Mi-Hsiu, 2014; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; กัญญา แซ่โก, 2552; นัฐพล ปั่นสกุล และ อานนท์ วรียงยง, 2558; ธนาลักษณ์ สุขประสาน, วรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และพิสมัย จารุชวลิต, 2561) และปัจจัยความเครียด พบว่า ระดับความเครียด มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอธิบายว่าการที่บุคคลมีระดับความเครียดในระดับสูง ส่งผลต่อความสนใจในการรับรู้ข้อมูล สุขภาพลดลง และความเครียดที่เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ลดลง (สมบัติ ธิยาพันธ์ และนิยะดา ภูอนุสาสน์, 2552) เนื่องจากจะสนใจความเป็นอยู่ และสนใจ แค่ปัญหาความเครียดของตนเองมากกว่า (วิชราพร เชยสุวรรณ, 2560; Nanako, Shuhei, & Kosuke, 2018) ความเครียดในระดับที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงไปในระยะเวลาอันสั้น ถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

นอกจากนั้นยัง พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า แยก นั่นคือ การมีคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านของข้อมูลข่าวสาร โดยคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยพูดคุยปรึกษา เป็นผู้ที่จะช่วยพิจารณาตัดสินใจใช้ข้อมูลทางสุขภาพ ที่ได้รับ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ โดยจะเป็นผู้สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร และการรับประทานยา รวมถึงช่วยพาไปรับการรักษาตามนัด เป็นต้น (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2558; อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558) รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า การสูบบุหรี่ลดลง/ เลี่ยงที่จะไม่สูบ สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (Chang et al., 2016; Primack &

Hobbs, 2009) การดื่มแอลกอฮอล์ลดลงสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (Hoffman, Marsiglia, Nevarez, & Porta, 2017) และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำ เพิ่มความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Needham & Korupolu, 2010; ภาวิณี มนตรี, 2557)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรี และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทย (Conceptual model of health literacy, Thailand) ตามโมเดล V shape ไว้ 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การปรับพฤติกรรมและการบอกต่อ โดยกรอบแนวคิดนี้พัฒนามาจาก โมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ของ Sorensen et al. (2012) เป็นโมเดลที่มีการผสมผสานองค์ประกอบทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีรากฐานมาจากโมเดลของ Nutbeam (2000) ซึ่งเสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นอยู่ในมิติของทักษะทางปัญญา ในด้านความรอบรู้ทางการแพทย์ (Medical health literacy) ที่เป็นพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทางสาธารณสุข (Public health literacy) ที่เป็นกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและการนำ ข้อมูลสุขภาพไปใช้ (The process of accessing, understanding, appraising and applying health-related information) และเป็นโมเดลที่กล่าวถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะ ด้านสุขภาพในขั้นตอนของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย ในระบบการดูแลสุขภาพ

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al. (2012) กล่าวว่า ตัวกำหนดหรือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของบุคคล ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal determinants) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพทางสังคม การศึกษา อาชีพ การทำงานรายได้ การรู้หนังสือ พฤติกรรมส่วนบุคคล 2) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environmental determinants) ได้แก่ ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม ภาษา นโยบายและระบบการปกครอง ระบบสังคม 3) ปัจจัยกำหนดสถานการณ์ (Situational determinants) เช่น การสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลของ ครอบครัวและคนรอบข้าง การใช้สื่อ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบในการศึกษา และสนใจศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk behavior) ได้แก่ การสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยง

ทางเพศ เนื่องจากในกลุ่มทหารเกณฑ์ เป็นกลุ่มที่มีบริบทด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยกำหนดสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรี ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเครียด) และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานของการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ทหารกองประจำการใหม่ กองทัพเรือ ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 4 กองพัน ในอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 4,000 นาย

นียมศัพท์เฉพาะ

1. ทหารกองประจำการ หมายถึง ทหารใหม่ที่ถูกเกณฑ์ขึ้นทะเบียนกองประจำการ กองทัพเรือและได้เข้ารับราชการในกองประจำการที่อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2562
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการ ตามประเด็นสุขภาพ 4 ระบบหลัก ได้แก่ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านระบบการป้องกันโรคด้วยตนเอง และด้านระบบส่งเสริมสุขภาพ ในแต่ละระบบ ประกอบด้วย 5 มิติ ประเมินจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (THL-66) ของ วิมล โรมา และคณะ (2561) ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละมิติ ดังนี้
 - 2.1 มิติด้านการเข้าถึงข้อมูล หมายถึง ความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน และการคำนวณ ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีในการค้นหา และการใช้อุปกรณ์การสืบค้น ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องการ
 - 2.2 มิติด้านการเข้าใจ หมายถึง ความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการในการรับรู้ มีความรู้ สามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การป้องกันโรค และควบคุมความเสี่ยงด้านสุขภาพ
 - 2.3 มิติด้านการโต้ตอบซักถาม หมายถึง ความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการในการตีความ และประเมินข้อมูลทางการแพทย์ ได้ตอบ ซักถาม ข้อมูลด้านสุขภาพ การป้องกันโรค และควบคุมความเสี่ยงด้านสุขภาพ
 - 2.4 มิติด้านการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการในการตัดสินใจเลือก เชื้อข้อมูลด้านสุขภาพ เลือกปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีประเมิน และวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ เลือกวิธีปฏิบัติและตัดสินใจปรับพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดี
 - 2.5 มิติด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ หมายถึง ความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการ ในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพกับ ผู้อื่น ในชุมชน

3. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ทำแล้วเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

3.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ ได้แก่ การมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ในชีวิตของทหารกองประจำการ โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ Homsin, Srisuphan, Pohl, Tiansawad, and Patumanond (2009)

3.2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น โดยประเมินจากแบบคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Dependence Identification Test [AUDIT]) ของ World Health Organization ปี ค.ศ. 2001

3.3 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การมีพฤติกรรมทางเพศกับคู่นอนทั้งหญิงหรือชายที่ไม่รู้จัก/ หรือหญิง หรือชายที่ขายบริการทางเพศโดยไม่ป้องกันของทหารกองประจำการ โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ของ ปิยะรัตน์ เอี่ยมมวง (2557)

4. ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ศึกษานับจากประถมศึกษาถึงการศึกษาระดับสูงสุดที่ได้รับมาก่อนเข้ารับราชการเป็นของทหารกองประจำการ

5. อายุ หมายถึง อายุเต็มของทหารกองประจำการ

6. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว นับเป็นจำนวนบาท/ เดือน

7. ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัววิตกกังวล ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกาย ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง โดยประเมินจากแบบประเมินความเครียด (Stress test-5 [ST-5]) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2559)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ โมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ของ Sorensen et al. (2012) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้ได้ระบุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของบุคคลและเป็นระบบพลวัต ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal determinants) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพทางสังคม การศึกษา อาชีพ การทำงาน รายได้ การรู้หนังสือ พฤติกรรมส่วนบุคคล 2) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environmental determinants) ได้แก่ ภูมิศาสตร์วัฒนธรรม ภาษา นโยบายและระบบการปกครอง

ระบบสังคม 3) ปัจจัยกำหนดสถานการณ์ (Situational determinants) เช่น การสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลของครอบครัวและคนรอบข้าง การใช้สื่อ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพแต่ในการศึกษานี้ เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะบริบทของทหารกองประจำการ ที่ต้องอยู่ร่วมกันในสภาพแวดล้อมแบบเดียวกัน ใช้กฎเกณฑ์ระเบียบทหารแบบเดียวกัน ทำให้มีปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยกำหนดสถานการณ์แบบเดียวกัน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk behavior) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1

ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal determinants)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปและสังเคราะห์ แนวคิดและเสนอผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
 - 1.1 ความหมายและความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.2 แนวคิดและการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.2.1 แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.2.3 เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ
 - 1.3 สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย
2. บริบทของทหารกองประจำการและภาวะสุขภาพ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (๖)

ความหมายและความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ

จากบทความการวิเคราะห์ ความหมายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของนักวิชาการ ที่เป็นที่ยอมรับในหลายประเทศ (Sorensen & Pleasant, 2017) ได้รายงานสรุปความหมาย และพัฒนาการของความรู้ด้านสุขภาพไว้ดังต่อไปนี้

World Health Organization [WHO] (1998) ได้ให้คำนิยาม Health literacy [HL] หมายถึง กระบวนการทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล ที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 1998 อ้างถึงใน Sorensen & Pleasant, 2017) ส่วนคณะกรรมการความรู้ด้านสุขภาพของสมาคมแพทยอเมริกัน ได้กำหนดให้ Health literacy เป็นทักษะและความสามารถในการอ่าน และการเข้าใจตัวเลข ขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็นในการทำงานด้านสุขภาพ ในสหรัฐอเมริกาได้กำหนดให้ คนที่มีสุขภาพดี ในปี ค.ศ. 2010 ต้องมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล ที่เข้าใจข้อมูลการรักษาขั้นพื้นฐาน

และสามารถตัดสินใจในการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม (Nutbeam, 2000 อ้างถึงใน Sorensen & Pleasant, 2017)

Fok and Wong (2002 อ้างถึงใน Sorensen & Pleasant, 2017) ให้ความสำคัญของความเป็นอิสระของบุคคลในความรอบรู้ด้านสุขภาพ “การทำความเข้าใจและการดำเนินการกับกิจกรรมทางกายภาพและทางจิตสังคมด้วยมาตรฐานที่เหมาะสม ด้วยการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นและต้องการ ความเป็นอิสระอย่างสมเหตุสมผล เพื่อให้บรรลุถึงความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจและสังคม”

สถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาแนะนำว่า “ความรู้เรื่องสุขภาพเป็นหน้าที่ร่วมกันของปัจจัยทางสังคม ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล เกิดจากการทำงานร่วมกันของทักษะแต่ละบุคคลและความต้องการในสังคม” ในทำนองเดียวกัน Kickbusch, Pelikan, Apfel, and Tsouros (2013) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ “ความสามารถในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี ในบริบทของชีวิตประจำวันที่บ้าน ที่ทำงานและชุมชน เป็นกลยุทธ์ในการสร้างพลังที่สามารถเพิ่มการควบคุมสุขภาพ การค้นหาข้อมูลและความสามารถในการรับผิดชอบตนเอง” Kwan, Frankish, and Rootman (2006) ได้ให้คำจำกัดความที่คล้ายกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินและสื่อสารข้อมูล เน้นการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในมุมมองที่กว้างขึ้นนี้ยังพบในนิยามของ Zarcadoolas, Pleasant, and Greer (2005) “ทักษะและความสามารถที่หลากหลาย ที่พัฒนาขึ้นเพื่อค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูล แนวคิดด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้าใจ ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต”

กัญบัตรคัลการี กล่าวถึง Health literacy เป็นกลุ่มแรก ๆ ที่ให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งสองด้าน คือ ภายในตัวบุคคลและระบบสุขภาพ ในทำนองเดียวกัน Freedman et al. (2009 อ้างถึงใน ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560) ยืนยันว่าการรู้หนังสือเกี่ยวกับสุขภาพควรสะท้อนมุมมองทางสังคมมากกว่าบุคคล และแนะนำว่าพื้นฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของชุมชน

จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความหมายครอบคลุมถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคลในการใช้ทักษะและความสามารถทางปัญญาและทักษะการปฏิสัมพันธ์ ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับจากสื่อสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมรอบด้าน ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมจัดการสุขภาพตนเองและเงื่อนไขสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัว และชุมชน จึงกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหลักในการพัฒนาสุขภาพ

ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและส่งเสริม สนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญา ด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการเข้าถึงและ เข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (วิมล โรมา และคณะ, 2561)

ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเอง ให้คงที่อยู่เสมอ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) มีการให้ความสำคัญต่อเนื่องมาถึง

ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 วันที่ 21-24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ที่เมืองเชียงใหม่ ประเทศจีน ได้มุ่งเน้นเป้าหมายไปที่ การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals [SDGs]) และประกาศให้ชาติสมาชิกทั่วโลก เน้นให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตามวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Health literacy) โดยบทบาทของภาครัฐทั้งในระดับประเทศและชุมชนยังต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพของประชาชนชาวไทยในปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ภาวะเครียดจากสภาพทาง เศรษฐกิจ และวิถีชีวิต ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases) ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดและการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพัฒนาการเกิดขึ้นนับตั้งแต่คำว่า Health literacy ถูกกล่าวถึงในปี ค.ศ. 1974 และต่อมาถูกกำหนดเป็นหัวข้อสำคัญ ของการพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ หลังจากนั้น จึงมีผู้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ทำให้มีเอกสารเผยแพร่และบทความวิจัยมากขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งมีการกำหนดองค์ประกอบและศึกษาเกี่ยวกับเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อทำการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับประชาชนของประเทศ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีนักวิชาการได้เสนอไว้มากมาย แต่ในการศึกษานี้ ได้พบทวนเฉพาะแนวคิดหลักที่นิยมนำไปใช้ในงานด้านสาธารณสุข ที่เน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นำมาพัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ได้แก่ แนวคิดของ Nutbeam (2000; 2008) แนวคิดของ Manganello (2008) แนวคิดของ Sorensen et al. (2012) และ โมเดลกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทย (Conceptual Model of health literacy, Thailand) (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560; ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

1. แนวคิดของ Nutbeam (2000; 2008) โดย Nutbeam ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย และที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ Health literacy ในปี ค.ศ. 2000 โดยการเขียนบทความวิจัย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะเป้าหมายของงานสาธารณสุข: ความท้าทายของกลยุทธ์ทางสุขภาพและการสื่อสารสำหรับประชาชนในศตวรรษที่ 21 (Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21th century) (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) เป็นแนวคิดที่ได้จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจ และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลทางสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/ Interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานสามารถอ่านออกเขียนได้ และรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ Critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และสามารถตัดสินใจ เลือกปฏิบัติในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้

ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 Nutbeam (2008) ได้เสนอโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 6 ข้อ (วัชรพร เชยสุวรรณ, 2560) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access)

ระดับพื้นฐาน สามารถเลือกแหล่งข้อมูล สุขภาพ รู้วิธีในการค้นหาและการใช้อุปกรณ์
สืบค้น เช่น ระบบคอมพิวเตอร์

ระดับปฏิสัมพันธ์ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับพื้นฐาน สามารถ
ในการค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย

ระดับวิจารณ์ญาณ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์
และสามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาใช้

2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)

ระดับพื้นฐาน มีการรับรู้สามารถจำประเด็นสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี

ระดับปฏิสัมพันธ์ มีความรู้ ความเข้าใจระดับพื้นฐาน สามารถอธิบายถึงความเข้าใจ
ในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ระดับวิจารณ์ญาณ มีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถวิเคราะห์
และเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผล

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)

ระดับพื้นฐาน มีความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูดอ่าน เขียนข้อมูล เกี่ยวกับการ
การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี

ระดับปฏิสัมพันธ์ มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐานและสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่น
เข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี

ระดับวิจารณ์ญาณ มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่น
ยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

4. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

ระดับพื้นฐาน มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยงหรือเลือก
วิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี

ระดับปฏิสัมพันธ์ มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการใช้
เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง/ เลือกวิธีปฏิบัติซึ่งเป็นทางเลือก
ที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดี

ระดับวิจารณ์ญาณ มีทักษะการตัดสินใจในระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถแสดง
ทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้
อย่างเหมาะสม

5. การจัดการตนเอง (Self-management)

ระดับพื้นฐาน มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ระดับปฏิสัมพันธ์ มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำตามทีแผนกำหนด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ระดับวิจารณ์ญาณ มีการจัดการตนเอง ระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media-literacy)

ระดับพื้นฐาน มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ระดับปฏิสัมพันธ์ มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

ระดับวิจารณ์ญาณ มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

2. แนวคิดของ Manganello (2008) โดย Manganello (2008) ทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งกลุ่มนี้มักใช้บริการหรือเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพน้อย จึงต้องมีการทำงานเชิงรุกในการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นความสำคัญ เพื่อจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และสูงอายุ วัยรุ่นในปัจจุบัน มีการใช้สื่อเทคโนโลยีมาก ดังนั้นเพื่อให้เข้าถึงและได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จึงได้กำหนดไว้ 4 องค์ประกอบ คือ

2.1 ระดับพื้นฐาน (Functional) เป็นความสามารถในการอ่านและเขียน

2.2 ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive) เป็นความสามารถในการอ่านและเขียนได้ และมีทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมทำกิจกรรมด้านสุขภาพ

2.3 ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical) เป็นความสามารถในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ

2.4 ระดับการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลจากสื่อสารมวลชน

โดยแนวคิดนี้จะเน้นข้อมูลด้านสุขภาพผ่านทางสื่อเทคโนโลยีและออนไลน์ ให้มีความสำคัญที่มุ่งเน้นพัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนและเพิ่มประสิทธิภาพในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่ก่อนสู่วัยผู้ใหญ่

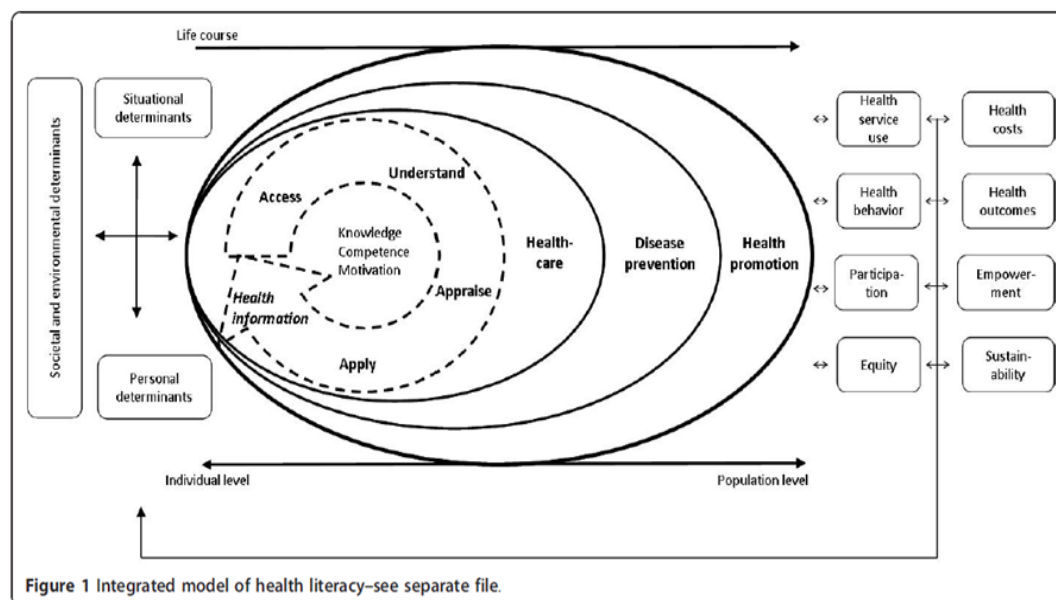
3. แนวคิดของ Sorensen et al. (2012) ซึ่งได้รับทุนร่วมวิจัยจาก HLS-EU consortium เพื่อพัฒนากรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของชาวยุโรป โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาคำจำกัดความ และกรอบแนวคิดของ Health literacy โดยวิธีการทำ Content analysis ผลจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีผู้ให้คำจำกัดความของ Health literacy จำนวน 17 definitions และศึกษากรอบแนวคิดไว้ จำนวน 12 Conceptual models จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทำ Content analysis แล้วสร้างโมเดลที่มีการผสมผสานที่มาจากแนวคิดทฤษฎีด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion theory and model) โดยโมเดลนี้มีชื่อว่า Integrated model of health literacy ซึ่งเป็นโมเดลที่ใช้ในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของชาวยุโรป (The European health literacy survey) มีการผสมผสานองค์ประกอบทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีรากฐานมาจากโมเดลของ Nutbeam (2000) และโมเดลของ Manganello (2008) ซึ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นในมิติของทักษะทางปัญญาในด้านความรอบรู้ทางการแพทย์ (Medical health literacy) เป็นพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพทางสาธารณสุข (Public health literacy) ที่ถูกพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion theory and model) โดยชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น เป็นพลวัตและเป็นกระบวนการ (The process of accessing, understanding, appraising and applying health-related information)

ในกระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 มิติ คือ

1. การเข้าถึง (Access) เป็นความสามารถในการค้นหาและรับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
2. การเข้าใจ (Understand) เป็นความสามารถในการทำความเข้าใจและอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง
3. การประเมิน (Appraise) เป็นความสามารถในการพิจารณา ตัดสินข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับ
4. การนำข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพไปใช้ (Apply) เป็นความสามารถของการตัดสินใจในการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ

ตามแนวคิดนี้เป็นกระบวนการของการนำความรู้ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นโมเดลเชิงเหตุและผลที่เป็นแนวทางสนับสนุนการทำงานในยุโรป ได้แก่ 1) การสำรวจประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมพร้อมเปรียบเทียบข้อมูลที่จำเป็นของภาครัฐในยุโรป 2) สนับสนุนการก่อตั้งศูนย์ความเป็นเลิศในยุโรป และ 3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ดังแสดงในโมเดลเส้นทางอิทธิพล (Path model) ที่ระบุถึงปัจจัยเชิงสาเหตุที่มี

อิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพ ต้นทุนทางสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยสามารถสรุปเป็นแผนภาพ คือ



ภาพที่ 2 โมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Sorensen et al., 2012)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างความรู้และทักษะที่เอื้อให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะที่เจ็บป่วย ภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการป้องกันโรค รวมทั้งการเป็นพลเมืองที่สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ในที่ทำงาน ในองค์กร การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน ทักษะด้านตัวเลข และทักษะการดูแลที่เฉพาะขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ เข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินและนำไปใช้ได้ ภายใต้อัจฉริยภาพหรืออุปสรรคต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคล โครงสร้าง สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยมีอิทธิพลจากกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป และศักยภาพของระบบสุขภาพ รวมทั้งความพร้อมด้านจิตใจ และสติปัญญา รวมทั้งประสบการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยกระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพัฒนาทักษะทางจิตสังคมและปัญญาโดยผ่านหลักสูตรชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Cognitive and psychosocial skills development during the life course and are linked to life-long learning) กรอบแนวคิดนี้ แสดงความสัมพันธ์ของขอบเขตการดูแลสุขภาพ 3 มิติ (Domain) ที่บูรณาการแนวคิดทางการแพทย์ร่วมกับแนวคิดทางการสาธารณสุข บนฐานคิดของสุขภาพทั้งระดับ

ปัจเจกบุคคลและระดับประชากร ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ โดยบูรณาการกับ 4 ด้าน ของการเรียนรู้ ดังนี้ คือ 1) การดูแลสุขภาพ (Health care) คือ สามารถ ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถประเมินข้อมูลสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพ 2) การป้องกันโรค (Disease prevention) คือ สามารถ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สามารถ เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และสามารถตัดสินใจ นำข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพ 3) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) คือ สามารถในการเพิ่มความรู้อันสัมพันธ์กับสุขภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ ประชาชน สามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพและทางสังคมที่กำหนด ปัญหาสุขภาพและเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง สามารถในการตีความและประเมินปัจจัยด้านสุขภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ และสามารถ ในการตัดสินใจบนฐานข้อมูล การวิเคราะห์ปัจจัยด้านสุขภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพประชาชน

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมอำนาจของประชาชนในขอบเขตการดูแลสุขภาพ (Health care) เป็นขอบเขตในการป้องกันโรค (Disease prevention) และขอบเขตในการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

ตารางที่ 1 เมทริกซ์ใน 4 ด้าน ของการนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ 3 มิติของงานด้านสุขภาพ (Sorensen et al., 2012)

ขอบเขตงานสุขภาพ	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ	การประเมินข้อมูลสุขภาพ	การนำข้อมูลไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพ
การดูแลสุขภาพ (Health care)	ความสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางการแพทย์	ความสามารถทำการแพทย์และเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและประเมินข้อมูลทางการแพทย์	ความสามารถในการตัดสินใจเลือกเชื่อและใช้บริการบนสถานการณ์เจ็บป่วยและดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขอบเขตงานสุขภาพ	การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	การเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ	การประเมินข้อมูลสุขภาพ	การนำข้อมูลไปใช้เพื่อดูแลสุขภาพ
การป้องกันโรค (Disease prevention)	ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถทำความเข้าใจความเสี่ยงต่อสุขภาพและความหมายถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและประเมินข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	ความสามารถในการตัดสินใจเลือกเชื่อหรือกระทำ การดูแลสุขภาพบนฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ
การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)	ความสามารถในการเพิ่มความรู้ที่ทันสมัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพประชาชน	ความสามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่กำหนดปัญหาสุขภาพและเข้าใจความหมายที่ถูกต้อง	ความสามารถในการตีความและประเมินปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ	ความสามารถในการตัดสินใจบนฐานข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพประชาชน

นอกจากองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพจากแผนภาพโมเดลบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพยังแสดงเหตุและผลของความรู้ด้านสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal determinants) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพทางสังคม การศึกษา อาชีพ การทำงานรายได้ การรู้หนังสือ พฤติกรรมส่วนบุคคล 2) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environmental determinants) ได้แก่ ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม ภาษา นโยบายและระบบการปกครอง ระบบสังคม 3) ปัจจัยกำหนดสถานการณ์ (Situational determinants) เช่น การสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลของครอบครัวและคนรอบข้าง การใช้สื่อ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับความสำเร็จทางการศึกษาเช่นเดียวกับการรู้หนังสือ ความรู้พื้นฐานส่งผลกระทบกว้างถึงทักษะการรู้คิด, พฤติกรรมและทักษะสังคมและความสามารถ ซึ่งแตกต่างจากความรอบรู้ที่เฉพาะเจาะจงอื่น ๆ เช่น การรู้หนังสือทางความรู้วิทยาศาสตร์ (เช่น ความสามารถในการเข้าใจความซับซ้อนทางเทคนิค ความเข้าใจทั่วไปด้านเทคโนโลยีและความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์) ความรู้ทางวัฒนธรรม (เช่น การรับรู้และการใช้ความเชื่อ วัฒนธรรม โลกทัศน์ และความสัมพันธ์ของอัตลักษณ์ทางสังคม) และการรู้หนังสือของพลเมือง (เช่น ความรู้เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลและเกี่ยวกับวาระ และวิธีการตีความพวกเขาทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสนทนาและการตัดสินใจ) ดังนั้นบุคคลต้องมีทักษะบางอย่างและความสามารถในการรับความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพและระบุ 6 มิติ ที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การดำเนินงาน การปฏิสัมพันธ์ ความคิดอิสระ การให้ข้อมูลเชิงโต้ตอบอิสระในบริบท และความสามารถทางวัฒนธรรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การใช้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับสังคม ในทางกลับกัน พฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพก็ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย ในระดับบุคคล การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาด คุณภาพต่ำ และเกิดความเลื่อมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการให้บริการด้านสุขภาพ ในระดับประชากร บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะสามารถมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในด้านสุขภาพ ยา ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความเชื่อทางวัฒนธรรม ดังนั้นประโยชน์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทั้งหมดของชีวิตไม่ว่าจะเป็นบ้านที่ทำงาน สังคมและวัฒนธรรม การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมความอิสระในด้านความคิด และการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล กระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาในแต่ละบุคคลที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในระดับประชากร ก็อาจนำไปสู่ความเท่าเทียมและความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุข

4. โมเดลกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทย (Conceptual model of health literacy, Thailand) ซึ่งเป็นกรอบการดำเนินการของบุคลากรด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ อาทิ พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์สุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ ใน 4 ระบบ (ชะนวนทอง ชนสุกาญจน์, 2560) คือ

4.1 ความรอบรู้ด้านระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การมีข้อมูลและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ เข้าใจข้อมูลและการจัดบริการสุขภาพ สามารถตรวจสอบ

และซักถามข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพ ตลอดจนตัดสินใจใช้บริการสุขภาพตามบริบทและเงื่อนไขของตนเองได้

4.2 ความรอบรู้ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภค (การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ) หมายถึง การมีข้อมูลและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตนเองสนใจ เข้าใจปัจจัยเสี่ยงและความคุ้มค่าของผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น ๆ สามารถประเมิน ตรวจสอบ และเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและเงื่อนไขของตนเองได้

4.3 ความรอบรู้ด้านระบบการป้องกันโรคด้วยตนเอง หมายถึง การมีข้อมูลและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการเสี่ยงของโรคนั้น ๆ เข้าใจโรค ความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงของโรค ซักซ้อมแนวปฏิบัติเมื่ออาการเสี่ยงของโรคเกิดขึ้น สามารถตรวจสอบอาการเสี่ยงของโรคเบื้องต้นได้ และตัดสินใจลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยงของโรคได้

4.4 ความรอบรู้ด้านระบบส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การมีและการเข้าถึงปัจจัยที่เอื้อให้เกิดสุขภาพ เข้าใจปัจจัยปกป้อง (Protective factors) สามารถสอบถาม คัดกรอง และเลือกปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ และตัดสินใจปรับพฤติกรรมตนเองและปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทและเงื่อนไขของตนเองได้

ทั้งนี้ ประเด็นเนื้อหาของแต่ละองค์ประกอบอ้างอิงจากชุดข้อมูลความรู้พื้นฐานที่สำคัญและจำเป็น (Thai health literacy 66) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดเส้นทางชีวิตและสุขภาพ (Life course approach to health)

จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าเป็นแนวคิดที่เป็นกรอบในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและสามารถตัดสินใจนำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริม รักษา ป้องกันโรคและความเสี่ยงด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้นำโมเดลกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (Conceptual model of health literacy, Thailand) โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ที่พัฒนามาจากในโมเดลบูรณาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) ของ Sorensen et al. (2012) มาใช้ในการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ เนื่องจากเป็นแนวความคิดที่ได้ปรับให้เหมาะสมกับบริบทระบบสาธารณสุขของไทย สอดคล้องกับการดำเนินงานและนโยบายสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขได้วางไว้ โดยสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ระบบที่มีผล ต่อสุขภาพ ของประชาชน	กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ			
	ความสามารถใน การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพ	ความสามารถใน การเข้าใจข้อมูล สุขภาพ	ความสามารถ ในการประเมิน ข้อมูลสุขภาพ	ความสามารถใน การปรับใช้ข้อมูล สุขภาพ
	ด้านระบบบริการ สุขภาพ	มีและเข้าถึง ข้อมูลบริการ สุขภาพ	เข้าใจข้อมูลและ การจัดบริการ	ตรวจสอบ ซักถามได้	ตัดสินใจใช้ ตามบริบทและ เงื่อนไขของ ตนเอง
ด้านระบบการ คุ้มครองผู้บริโภค (การคัดกรองและ เลือกรับผลิตภัณฑ์ สุขภาพ)	มีและเข้าถึง ข้อมูลผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่สนใจ	เข้าใจปัจจัยความ เสี่ยงและความ คุ้มค่า	ประเมิน ตรวจสอบ และ เลือกรับ	ตัดสินใจเลือกใช้
ด้านการควบคุม ป้องกันโรคด้วย ตนเอง	มีและเข้าถึง ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคและอาการ เสี่ยง	เข้าใจโรค ความ เสี่ยง และปัจจัย เสี่ยง	ซักซ้อม/ ตรวจสอบ	ตัดสินใจลดหรือ กำจัดปัจจัยเสี่ยง
ด้านระบบส่งเสริม สุขภาพ	มีและเข้าถึง ปัจจัยกำหนด สุขภาพ	เข้าใจปัจจัย ปกป้อง เพื่อ พิจารณาสุขภาพ	สอบถาม คัด กรองและเลือก	ตัดสินใจปรับ พฤติกรรมตนเอง และปรับ สภาพแวดล้อมได้

เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ

องค์กรและนักวิชาการทั้งในและนอกประเทศได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่ในการศึกษานี้ได้ทบทวนเฉพาะเครื่องมือวัดหลักที่นิยมนำไปใช้ในงานด้านสาธารณสุข ที่เน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นำมาพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ใหญ่ในต่างประเทศ

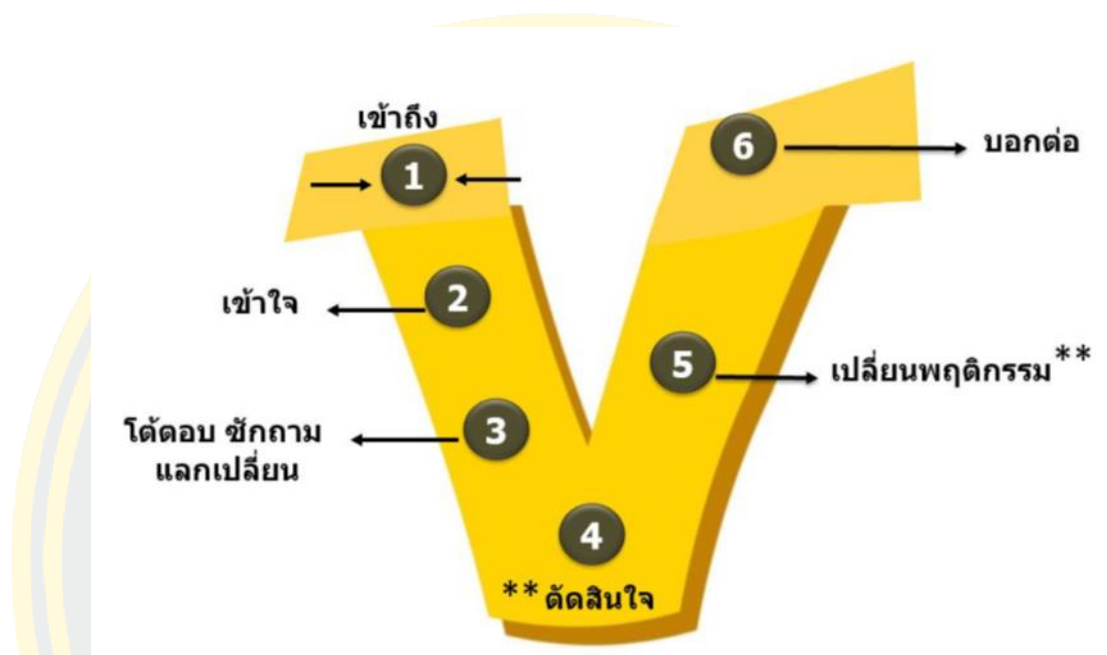
1.1 เครื่องมือวัด Health Literacy EU Questionnaire (HLS-EU-Q47): Measuring health literacy in population เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นจากทุนงบประมาณของ The European commission's health programmer ที่สร้างขึ้นตามกรอบ โมเดลบูรณาการของความรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al. (2012) เพื่อนำไปใช้ในการสำรวจความรู้ทางสุขภาพในกลุ่มประเทศยุโรป ซึ่งทำการวัดความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้วิธี ตอบด้วยตนเอง ประเภท Self-report ใน 4 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึง 2) ความเข้าใจ 3) การประเมิน และ 4) การนำข้อมูลด้านสารสนเทศด้านสุขภาพ ไปใช้ เครื่องมือวัดนี้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าตาม Likert scale 5 ระดับ

1.2 เครื่องมือวัด Health Literacy Questionnaire [HLQ] เป็นเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้น เพื่อวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกวัย ตามแนวคิดของ Osborn, Batterham, Elsworth, Hawkins, and Buchbinder (2013) พัฒนาขึ้นจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบายซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรง ทำการทดสอบเครื่องมือจากกลุ่มประชาชนในพื้นที่ชุมชน ศูนย์ดูแลสุขภาพและโรงพยาบาลซึ่งเป็นแบบสอบถาม เครื่องมือวัดนี้ ใช้ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และศึกษาความต้องการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นรายบุคคลได้ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่ามี 9 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้สึกเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ 2) ข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอในการจัดการสุขภาพของตนเอง 3) ความกระตือรือร้นในการจัดการสุขภาพของตนเอง 4) แรงสนับสนุนทางด้านสุขภาพ 5) ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพได้ 6) ความสามารถในการเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 7) การแสวงหาข้อมูลระบบบริการสุขภาพ 8) ความสามารถในการหาข้อมูลด้านสุขภาพ 9) เข้าใจความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในด้านการอ่านและการเขียนข้อมูลด้านสุขภาพ

2. เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

2.1 เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพจากโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) ทำการศึกษาโดย ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2560) ร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ และประเมินคุณภาพของแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป สำหรับกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของกรมอนามัย ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Nutbeam (2000) และยุโรป โดยแบ่ง

มิติความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบซักถาม ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ (V-shape) เชื่อมโยงกับ 4 ระบบ ที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพ การคุ้มครองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ



ภาพที่ 3 กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (V-shape)

กรอบแนวคิดระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไทย จึงประกอบด้วย องค์ประกอบที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ อาทิ พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์สุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ จำนวน 16 มิติ ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ ใน 4 ระบบ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การมีข้อมูลและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ เข้าใจข้อมูลและการจัดการบริการสุขภาพ สามารถตรวจสอบและซักถามข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพ ตลอดจนตัดสินใจใช้บริการสุขภาพตามบริบทและเงื่อนไขของตนเองได้

2. ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภค (การคุ้มครองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การมีข้อมูลและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตนเองสนใจ เข้าใจปัจจัยเสี่ยงและความคุ้มค่าของผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น ๆ สามารถประเมิน ตรวจสอบ และเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและเงื่อนไขของตนเองได้

3. ด้านระบบการป้องกันโรคด้วยตนเอง ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การมีข้อมูลและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการเสี่ยงของโรคนั้น ๆ เข้าใจโรค ความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงของโรค ชักซ้อมแนวปฏิบัติเมื่ออาการเสี่ยงของโรคเกิดขึ้น สามารถตรวจสอบอาการเสี่ยงของโรคเบื้องต้นได้ และตัดสินใจลดหรือขจัดปัจจัยเสี่ยงของโรคได้

4. ด้านระบบส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การมีและการเข้าถึงปัจจัยที่เอื้อให้เกิดสุขภาพ เข้าใจปัจจัยปกป้อง (Protective factors) สามารถสอบถาม คัดกรอง และเลือกปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ และตัดสินใจปรับพฤติกรรมตนเองและปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทและเงื่อนไขของตนเองได้

ตารางที่ 3 กรอบแนวคิดพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของไทย 16 มิติ
(ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2560)

ระบบที่มีผล ต่อสุขภาพ ของประชาชน	กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ			
	ความสามารถใน การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพ	ความสามารถใน การเข้าใจข้อมูล สุขภาพ	ความสามารถ ในการประเมิน ข้อมูลสุขภาพ	ความสามารถใน การปรับใช้ข้อมูล สุขภาพ
	ด้านระบบบริการ สุขภาพ	มีและเข้าถึง ข้อมูลบริการ สุขภาพ	เข้าใจข้อมูลและ การจัดบริการ	ตรวจสอบ ซักถามได้	ตัดสินใจใช้ ตามบริบทและ เงื่อนไขของ ตนเอง
ด้านระบบการ คุ้มครองผู้บริโภค (การคัดกรองและ เลือกรับผลิตภัณฑ์ สุขภาพ)	มีและเข้าถึง ข้อมูลผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่สนใจ	เข้าใจปัจจัยความ เสี่ยงและความ คุ้มค่า	ประเมิน ตรวจสอบ และ เลือกรับ	ตัดสินใจเลือกใช้
ด้านควบคุม ป้องกันโรคด้วย ตนเอง	มีและเข้าถึง ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคและอาการ เสี่ยง	เข้าใจโรค ความ เสี่ยง และปัจจัย เสี่ยง	ชักซ้อม/ ตรวจสอบ	ตัดสินใจลดหรือ กำจัดปัจจัยเสี่ยง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ระบบที่มีผลต่อ สุขภาพของ ประชาชน	กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ			
	ความสามารถใน การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพ	ความสามารถใน การเข้าใจข้อมูล สุขภาพ	ความสามารถ ในการประเมิน ข้อมูลสุขภาพ	ความสามารถใน การปรับใช้ข้อมูล สุขภาพ
	ด้านระบบส่งเสริม สุขภาพ	มีและเข้าถึงปัจจัย กำหนดสุขภาพ	เข้าใจปัจจัย ปกป้อง เพื่อพิจารณา สุขภาพ	สอบถาม คัดกรอง และเลือก	ตัดสินใจปรับ พฤติกรรม ตนเองและปรับ สภาพแวดล้อมได้

แบบสำรวจถูกพัฒนาและทดสอบคุณภาพ โดยใช้กรอบเนื้อหาจากชุดข้อมูลความรู้พื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี 66 ข้อ หรือ Thai health literacy 66 มาพัฒนาข้อคำถามเพื่อสะท้อนสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในระดับเขตสุขภาพและประเทศ แบบสำรวจฯ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 87 ข้อ โดยโครงสร้างของแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ (12 ข้อ) ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ (8 ข้อ) และตอนที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพ (87 ข้อ) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (8 ข้อ) ความเข้าใจ (13 ข้อ) ทบทวนและซักถาม (18 ข้อ) การตัดสินใจ (6 ข้อ) การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ (41 ข้อ) ผ่านการทดสอบคุณภาพกับกลุ่มประชากรตัวอย่างจำนวน 722 คน ใน 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา กรุงเทพฯ ชลบุรี และนครศรีธรรมราช ผลการทดสอบคุณภาพ พบว่า แบบสำรวจฯ มีความเที่ยงตรงภายในอยู่ในระดับดี ในทุกองค์ประกอบ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .70) แบบสำรวจนี้ได้พัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปที่ใช้สะท้อนสถานการณ์ในระดับเขตสุขภาพและระดับชาติ เป็นเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นสุขภาพ 4 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบการบริการสุขภาพ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ระบบการป้องกันโรค และระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเครื่องมือที่มีอยู่ในประเทศไทยวัดความรู้ด้านสุขภาพที่เจาะจงตามประเด็นสุขภาพหรือกลุ่มประชากรที่สนใจศึกษาเพื่อใช้วัด ออกแบบแนวทางการพัฒนา และประเมินผลสัมฤทธิ์ระดับปัจเจก แบบสำรวจที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้วัด ออกแบบแนวทางการพัฒนา และประเมินผลของกิจกรรม โครงการ และนโยบายระดับเขตสุขภาพและประเทศ

2.2 เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพจากการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2560) สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้ดำเนินการศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สังเคราะห์ดัชนีวัดและสร้างแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทยที่สามารถจัดระดับความรู้ด้านสุขภาพคนไทย และสามารถนำไปใช้วัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ที่จำแนกทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยกับเกณฑ์ความรู้ด้านสุขภาพ 3) เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบรวม รายองค์ประกอบ และประเด็นที่ประเมิน ระหว่างประชาชนแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่และกลุ่มสูงวัย ในการสังเคราะห์และพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thailand health literacy scales) ของทุกกลุ่มวัยครั้งนี้เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับทั่วไป (General health literacy scales) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Osborne et al. (2013) ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปมี 9 องค์ประกอบ คือ 1) สามารถค้นหา ข้อมูล 2) เข้าถึงแหล่งบริการ 3) เข้าใจข้อมูล/ บริการเพียงพอต่อการปฏิบัติ 4) ประเมินข้อมูล/ บริการ 5) มีข้อมูลเพียงพอต่อการจัดการสุขภาพ 6) รับผิดชอบต่อ สุขภาพ 7) ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ 8) ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสุขภาพ 9) มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ ในการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้ได้วิเคราะห์เนื้อหาปริมาณ ความหมายและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจทำให้กลุ่มข้อคำถาม จำนวน 5 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 5) การจัดการสุขภาพตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล 4 กลุ่ม 1) ในกลุ่มเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่มีอายุ 7-14 ปี 2) กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี 3) กลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี และ 4) กลุ่มสูงวัย อายุ 60-75 ปี โดยได้มาจากการกำหนดโควตาจาก 4 ภูมิภาค ๆ ละ 1,000 คน และแต่ละ 14 ภูมิภาค ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่มรวมทั้งสิ้น 4,000 คน โดยมีการสุ่มหลายชั้น ชั้นที่ 1 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง แบบกลุ่ม (Cluster sampling) ใช้จังหวัดเป็นหลักมาภูมิภาคละ 2 จังหวัด ชั้นที่ 2 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยการแบ่งประชากรแต่ละจังหวัดกำหนดโควตาให้ครอบคลุมกลุ่มอายุ 4 กลุ่มเท่า ๆ กัน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลองค์ประกอบ ของความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและ การตรวจสอบคุณภาพโครงสร้างเชิงเนื้อหา กับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า องค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน สามารถเป็นองค์ประกอบการวัดของความรู้ด้านสุขภาพได้อยู่ในระดับดีที่ยอมรับได้ในทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2560) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสำรวจที่ครอบคลุม 16 มิติ การวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ แบบสำรวจความสามารถและทักษะในการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อการมี สุขภาพที่ดี เป็นเครื่องมือที่มีอยู่ในประเทศไทยซึ่งสามารถนำใช้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เจาะจง ตามประเด็นสุขภาพของกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาคือการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทหารกองประจำการ

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทย เริ่มมีการใช้คำว่า “Health Literacy-HL” ซึ่งเมื่อแปลเป็นภาษาไทยมีคำเรียก ที่แตกต่างกันออกไป แต่ได้ให้ความหมายใกล้เคียงกัน ได้แก่ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความฉลาด ทางสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพะ ต่อมาได้เปลี่ยนมาใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ตามกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เป็นเรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ และความสนใจเป็นอย่างมาก โดยเห็นได้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) โดยกำหนดเป้าประสงค์ในข้อที่ 1 คือ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจาก โรคที่ป้องกัน ได้ลดลง ข้อเสนอของ สภากาชาดสุขภาพได้กำหนดให้มีแผนและวิธีการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ใน 3 เรื่องหลัก ๆ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนไทย ดังนั้น การยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสาร สุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็น จนนำไปสู่การตัดสินใจแสดง พฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวจนถึงชุมชน ของตนเอง จึงเป็นนโยบายเร่งด่วนต่อการสร้างพลเมืองไทยให้เป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดีอย่างเป็น รูปธรรม (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวง สาธารณสุข, 2561) และรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประเทศให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน “ประเทศไทย 4.0” โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals [SDGs]) โดยมุ่งเน้นให้คนไทยมีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ 1) ต้องเป็นคนดี โดยมีคุณธรรม จริยธรรม จิตสาธารณะ 2) เป็นคนเก่ง โดยมีทักษะเรียนรู้สร้างนวัตกรรม และ 3) มีสุขภาพที่ดี มีความรอบรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (จินางค์กูร โรจนนันต์, 2560)

จากการศึกษาของ วิมล โรมา และคณะ (2561) ที่ทำการศึกษาความรอบรู้สุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้วิเคราะห์ว่ายังไม่พบข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้) มีเพียงการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ประจำปีงบประมาณ 2559 ของกองสุขศึกษา ที่พบว่า มีเพียงร้อยละ 5.5 ของประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับดีมาก ดังนั้น เพื่อทราบและเข้าใจสถานการณ์ความรอบรู้ จึงได้จัดทำโครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) ผลสำรวจ พบว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เป็น โรคเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรค ขณะที่ในจังหวัดอื่น ๆ กลับได้ผลที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มประชากรที่ไม่มีโรคเรื้อรังมีคะแนนความรอบรู้สูงกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง ในทุกมิติการวัด สิ่งที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรที่มีโรคเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งถือว่าเป็นเขตพื้นที่เมือง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมิติความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูล และความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญในบริบทประเทศไทย ข้อมูลดังกล่าวจะสนับสนุนการออกแบบและวางแผนการดำเนินการทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการสำหรับสร้างความรอบรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพให้กับประชาชน ซึ่งจะเป็นส่วนเติมเต็มในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กรมแพทยทหารเรือ พ.ศ. 2562-2564 ด้านพัฒนาการแพทยทหารเป่าประสงค์ที่ 1 กำลังพลกองทัพเรือมีสุขภาพดีและสมรรถภาพเหมาะสมกับการปฏิบัติหน้าที่ (ศูนย์พัฒนาจิตสมรรถนะกรมแพทยทหารเรือ, 2561)

บริบทของทหารกองประจำการและภาวะสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติรับราชการทหารกองประจำการ พ.ศ. 2497 ระบุให้ชายไทยที่มีอายุ 18 ปี ไปขึ้นทะเบียนทหารไว้ที่อำเภอ และเมื่อถึงอายุ 21 ปี จะมีหมายเรียกให้เข้ารับการตรวจ และคัดเลือกเข้าเป็นทหารกองประจำการ โดยการตรวจร่างกายและจับสลาก ผู้ที่ได้สลากดำ ไม่ต้องเป็นทหาร ส่วนผู้ที่ถูกจับได้สลากแดง ต้องเป็นทหารสังกัดตามหน่วยที่ระบุไว้ในสลาก โดยแบ่งออกเป็น 2 ผลัด คือ ผู้ที่จับได้ผลัดแรก จะเริ่มเข้าหน่วยภายในต้นเดือนพฤษภาคม ส่วนผลัดที่สอง จะเริ่มเข้าหน่วยในต้นเดือนพฤศจิกายน โดยต้องเริ่มเข้ารับราชการเป็นระยะเวลาทั้งหมด 2 ปี เงื่อนไขดังกล่าวยกเว้นให้กับบุคคลบางประเภทที่ไม่ต้องถูกเกณฑ์ทหาร เช่น พระภิกษุ ในกรณี

ที่จบปริญญา 9 นักศึกษาวิชาทหาร (ร.ด.) หรือผู้ที่ฝึกทหารมาเป็นระยะเวลาสามปีในระหว่างเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้ที่พิการทุพพลภาพ และผู้ที่มีร่างกายไม่สมบูรณ์ หากสมัครเป็นทหารเอง จะใช้เวลาราชการ 1 ปี แต่หากจับสลากได้ใบแดงจะรับราชการ 2 ปี เป็นต้น (กรมการกำลังสำรอง ทหารบก, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงจูงใจในการตัดสินใจเป็นทหารกองประจำการ พบว่า ทหารกองประจำการชาวไทยจำนวนมากมักมีสถานภาพโสด มีบางส่วนที่อยากเข้ามาเป็น ทหารกองประจำการ ด้วยความสมัครใจ แต่มีจำนวนไม่น้อยเช่นกันที่ต้องเข้ามาเป็นด้วยภาวะจำยอม นอกจากนี้ ทหารเกณฑ์ส่วนใหญ่เป็นประชาชนบท มีการศึกษาโดยเฉลี่ยในระดับมัธยมศึกษา ประกอบ อาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ อาชีพทำนา ทำไร่ รายได้เฉลี่ยของคนในครอบครัวอยู่ใน ระดับต่ำปานกลางจนถึงต่ำ (อภิเชษฐ ชุ่มวาริ, 2560; สมพล ปาละไทย, 2555; ภิรมย์ อุทพันธ์, 2556) เช่น จากการศึกษาของ อภิเชษฐ ชุ่มวาริ (2560) ที่ทำการศึกษาคัดเลือกของทหารกองเกิน ร้องขอเข้ารับราชการเป็นทหารกองประจำการ ในพื้นที่กองทัพภาคที่ 3 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของทหารกองเกินร้องขอเข้ารับราชการ เป็นทหารกองประจำการ ในพื้นที่กองทัพภาคที่ 3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของชายไทยที่ตัดสินใจร้องขอเข้ารับราชการเป็นทหาร กองประจำการมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 21-23 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ จบ ม.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด อาชีพก่อนรับราชการ ส่วนใหญ่ คือ อาชีพรับจ้าง รายได้ ก่อนรับราชการส่วนใหญ่ คือ รายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ต่อ การตัดสินใจของทหารกองเกินร้องขอเข้ารับราชการเป็นทหารกองประจำการ คือ ด้านความมั่นคง มากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความต้องการรายได้ และความยอมรับในสังคมด้านมากที่สุด ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการสำรวจข้อมูลสุขภาพของทหารกองประจำการ ประจำปี 2561 (ศูนย์ฝึกทหารใหม่, 2561) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มทหารกองประจำการ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพและสถานภาพก่อนเข้ารับราชการ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 22 ปี คิดเป็นร้อยละ 61 จบการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ ปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรมก่อนเข้ารับราชการทหาร คิดเป็นร้อยละ 47 และร้อยละ 23 ตามลำดับ และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 97

ในทุกปีศูนย์ฝึกทหารใหม่ กรมยุทธศึกษากองทัพเรือ (สฝท.ยศ.ทร.) จะมีทหาร กองประจำการมาใช้ชีวิตและฝึกร่วมกันในแต่ละผลัด ก่อนที่จะแยกย้ายลงหน่วยต่าง ๆ ของกองทัพ เพราะต้องนำมาปูพื้นฐานหลากหลาย เช่น การปรับสภาพเรื่องระเบียบวินัย การมาจากวัฒนธรรม ที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคนำมาสู่การอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะ การฝึกวินัยที่เป็นมาตรฐาน คือ ใน 1 วัน การปฏิบัติจะเริ่มตั้งแต่เวลา 05.30-21.00 น. เริ่มด้วยเสียงนกหวีด เป็นสัญญาณว่าทหาร

ทุกคนต้องตื่นโดยพร้อมเพรียงกันมาเข้าแถวตรวจ และปล่อยไปทำภารกิจส่วนตัวเพื่อพร้อมเข้าระเบียบตั้งแต่เวลา 06.00 น. หลังจากนั้นจะมีการแยกฝึกเป็นกองร้อยตามสนามฝึก ของทหารเรือ จะเป็นการฝึก 3 ชั่วโมง เรียน 3 ชั่วโมง นอกจากนี้จะมีการสร้างเสริมวินัยและสร้างความแข็งแรงของร่างกาย ด้วยการออกกำลังกาย เช้า-เย็น มีการจัดระบบสุขภาพร่างกายของกองทหาร กองประจำการที่มีสภาพความแข็งแรง อดทนที่แตกต่างกัน กองทัพเรือมีนโยบายชัดเจนในเรื่องการดูแลกำลังพล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและโภชนาการ คือ ต้องแข็งแรงทั้งร่างกายและมีจิตใจแจ่มใส มีทัศนคติที่ดีในทุกด้าน โดยเฉพาะความเสียสละและการมุ่งทำประโยชน์และความดีเพื่อสังคม ส่วนการกระทำคามผิด เมื่อได้กระทำคามผิดเล็กน้อยจากกฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ จะลงโทษด้วยการวิดพื้น หรือการวิ่ง จะมีกิจกรรมการฝึกการสอน กิจกรรมกลุ่ม จนถึงเวลาเข้านอนพร้อมกันเวลา 21.00 น. การที่ต้องมาเปลี่ยนสภาพแวดล้อมใหม่ สังคมใหม่ จำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน ทั้งต้องอยู่ในกฎเกณฑ์ และระเบียบวินัยของทหาร การสั่งการแบบทหาร การฝึกที่หนัก สิ่งแวดล้อมที่ต้องปรับตัวอย่างมากและทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย (Shephard & Shek, 2000) การเข้ามาเป็นทหารกองประจำการ จะได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ ตามที่กองทัพบกกำหนด เพื่อให้ผู้เข้ารับราชการทหารมีระเบียบ วินัย ฝึกวิชาชีพ เพิ่มพูนความรู้ในด้านต่าง ๆ แก่ทหารกองประจำการทุกคน เนื่องจากทหารกองประจำการใหม่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น การฝึกทางทหาร การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนครูฝึก การพักในค่ายทหาร กฎระเบียบและอื่น ๆ ซึ่งทหารกองประจำการใหม่อาจไม่สามารถแก้ไขหรือควบคุมได้ด้วยตนเอง จากการเข้ามารับราชการทหารที่ต้องปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากเดิม

ภาวะสุขภาพ

การเปลี่ยนสถานภาพจากชีวิตพลเรือนไปเป็นทหารกองประจำการใหม่ การที่มีชั่วโมงการฝึกทหารที่ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน และมีการฝึกตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์แรก เป็นการฝึกที่เข้มข้น ทำให้ทหารเกณฑ์แทบจะไม่มีเวลาพักผ่อนน้อยจนทำให้รู้สึกว่ามีเวลาเป็นของตนเอง อีกทั้งการฝึกที่แปลกใหม่จากการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาทั้งการฝึกอาวุธ ฝึกระเบียบวินัยธรรมเนียมทหาร ฝึกการต่อสู้ รวมทั้งเพื่อนร่วมงานก็มาจากหลากหลายอาชีพ ต่างภูมิลำเนา การต้องมาอยู่ร่วมกับคนที่ไม่คุ้นเคย สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับทหารใหม่ (ยุทธศึกษาทหารบก, 2553 อ้างถึงใน กุณนที นवलสุวรรณ และคณะ, 2555) ทำให้ทหารกองประจำการจำนวนมากเกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ภาวะเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่จากการศึกษาของ กุณนที นवलสุวรรณ และคณะ (2555) ที่ทำ การศึกษาความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของทหารกองประจำการ พบว่า จากการเข้ามารับราชการทหารที่ต้องปรับตัว

จากสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากเดิมจึงทำให้เกิดภาวะเครียด คิดเป็นร้อยละ 51.4 วิธีจัดการความเครียด โดยการพยายามทำสิ่งแปลกใหม่ที่ไม่เคยลองทำ ร้อยละ 56.0 รองลงมา คือ การมีเพศสัมพันธ์ และ วิธีเผชิญความเครียดด้านการผ่อนคลาย คือ การสวดมนต์ไหว้พระ ร้อยละ 47.7 รับประทานอาหารน้อยลงหรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 40.7 รวมทั้งมีการใช้เครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 35.8 และมีการใช้การสูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลาย ร้อยละ 19.4 และยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตทหารใหม่ เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และปัญหาการปรับตัว จากข้อมูลเวชระเบียนสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560 ของกองสุขภาพจิต โรงพยาบาลอากาศเรียดวิงส์ ฐานทัพเรือสัตหีบ พบว่า ในแต่ละปี ยังคงมีทหารกองประจำการเข้าสู่บริการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยปีละ 30 คน (โรงพยาบาลอากาศเรียดวิงส์ ฝ่ายบริการพยาบาล, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส ษณะ, จิราภา บุญศิลป์, นงคาร รางแดง, ศิริธร ยิ่งแรงเริง และจันทิมา เขียวแก้ว (2560) ศึกษาการสำรวจพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทหารกองประจำการ จังหวัดสระบุรี พบว่า ทหารกองประจำการมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในปัจจุบัน ร้อยละ 27.73 ผู้ที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์ชั่วคราวร้อยละ 64.45 การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในทหารกองประจำการ ในภาคเหนือ พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนในการส่งเสริมการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ผลการสำรวจของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่า ร้อยละ 30.8 ของทหารกองประจำการที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย จากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทหารกองประจำการ จะเห็นได้ว่า กลุ่มทหารกองประจำการที่เพิ่งเข้ามาใหม่ จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ในด้านความเครียดเนื่องจากต้องปรับตัวในสภาวะกดดัน อีกทั้งจากความเครียดและการปรับตัวดังกล่าว อาจส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และด้านการมีเพศสัมพันธ์

เมื่อคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลของทหารกองประจำการ ในด้านอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจากการวิจัยที่ทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า บุคคลที่มีอายุมากมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่า บุคคลที่มีอายุน้อย บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า บุคคลที่มีอาชีพที่มีรายได้สูง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า บุคคลที่มีอาชีพที่มีรายได้ต่ำ และบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Christian et al., 2009; กัญญา แซ่โก, 2552; ธนาลักษณ์ สุขประสาน และคณะ, 2561) แสดงให้เห็นว่า ทหารกองประจำการเป็นกลุ่มหนึ่ง ที่อาจจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

การจัดบริการสุขภาพ

ในด้านการจัดบริการสุขภาพของทหารกองประจำการ จะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล ในระหว่างที่เป็นทหารกองประจำการ จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลโดยใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในกรณีทหารกองประจำการ) ทุกคน นับตั้งแต่วันแรกของการเข้ารับราชการทหารกองประจำการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ในกรณีเจ็บป่วยจำเป็นหรือประสบอันตราย/ อุบัติเหตุ โดยที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิอยู่ต่างพื้นที่ให้พิจารณาเป็นกรณีฉุกเฉิน โดยอนุโลมตามมติคณะกรรมการการแพทย์ โดยพิจารณาถึงความจำเป็นในการต้องรับการรักษาพยาบาล ประกอบกับระยะทาง (กองสัสดี หน่วยบัญชาการรักษาดินแดน, 2560)

ในหน่วยงานกองทัพเรือยังมีการจัดบริการให้ทหารกองประจำการสามารถเข้ารับบริการได้สะดวกขึ้น โดยการจัดบริการให้มีหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งให้บริการทางการแพทย์ให้แก่กำลังพลกองทัพเรือ เพื่อให้เกิดความพร้อมด้านสุขภาพที่จะปฏิบัติหน้าที่แก่กองทัพ รวมทั้งเพื่อเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพแก่กำลังพล ซึ่งสถานพยาบาลในกรมแพทย์ทหารเรือ ที่ทหารกองประจำการสามารถเข้ารับบริการในพื้นที่จังหวัดชลบุรี (สุพิชชา แสงโชติ, 2560) มีดังนี้

1. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิกองทัพเรือ มีสถานพยาบาล เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่จัดขึ้นเพื่อเตรียมให้กำลังพลกองทัพเรือมีความพร้อมด้านสุขภาพที่จะปฏิบัติงาน ดำเนินงานตามภารกิจด้านการแพทย์ของกองทัพเรือ และสนับสนุนการปฏิบัติการอื่นของกองทัพเรือ รวมทั้งบริการ เพื่อสวัสดิการสุขภาพ ให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary health care) และเชื่อมโยงเครือข่ายการบริการกับ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ. จึงเป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดกำลังพล ชุมชน และกองทัพมากที่สุด ให้บริการสุขภาพทั้งเพื่อความพร้อมของกองทัพเรือ และเพื่อสวัสดิการสุขภาพตามบริบทบริการผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค พื้นฟูสภาพ เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อ และประสานเชื่อมต่อการบริการอื่น ๆ ทั้งด้านการแพทย์ มีแพทย์และพยาบาลประจำดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งมีพื้นที่ที่จัดไว้ในการพักฟื้นผู้ป่วย ได้แก่ กองพันพยาบาล กรมสนับสนุน กองพลนาวิกโยธิน, กองพันพยาบาล กรมสนับสนุน หน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยาน และรักษาฝั่ง, แผนกแพทย์ ศูนย์ฝึกทหารใหม่ กรมยุทธศึกษาทหารเรือ, แผนกแพทย์ โรงเรียนชุมพลทหารเรือ กรมยุทธศึกษาทหารเรือ, แผนกแพทย์ สถานีการบิน กองการบินทหารเรือ กองเรือยุทธการ สำหรับทหารกองประจำการที่เข้ามาใหม่ (ภายใน 45 วันแรก) จะมีแผนกแพทย์ ประจำศูนย์ฝึกทหารใหม่ กรมยุทธศึกษาทหารเรือ เป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบในการดูแลให้การรักษาพยาบาล

2. ระดับทุติยภูมิ มีโรงพยาบาลอากาศเรกิดิวส์ เป็นสถานบริการสุขภาพของกองทัพเรือที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และ แพทย์เฉพาะทางบางสาขา

เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการ รักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ สาขาจิตเวชและบำบัดยาเสพติด ในการรักษาโรคทั่วไป การคัดกรองสุขภาพ ทหารกองประจำการและบริหารจัดการด้านบริการเวชกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับนโยบาย ในงานด้านเวชกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น กรรมการป้องกัน และแก้ไขปัญหา เอคส์กรรมกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด โครงการทหารเรือไร้พุง กรรมการโครงการลดละเลิก บุหรี่ เป็นแม่ข่ายด้านอาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม เฝ้าระวัง การบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน การส่งเสริมสมรรถนะทางกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในระดับปฏิบัติ

3. ระดับตติยภูมิมี รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เป็นสถานบริการสุขภาพของกองทัพเรือ ที่เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการ การรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับ เชี่ยวชาญเฉพาะและเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง (Advance technology) ประกอบด้วยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารองและสาขาย่อยบางสาขา เป็นโรงพยาบาล รับส่งต่อผู้ป่วย และมีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ด้วย

โดยสถานบริการ ดังกล่าว มีหน้าที่การจัดบริการด้านสุขภาพ ให้ทหารกองประจำการ ดังนี้

1. ด้านการป้องกัน มีหน่วยงานด้านเวชกรรมป้องกันที่หน่วยแพทย์ใน ทร. ทำหน้าที่งาน ด้านเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทหารกองประจำการ ทร. เป็นดำเนินการแจกจ่ายวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก แก่หน่วยต่าง ๆ ใน ทร., มีการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยซักประวัติโรคประจำตัวและตรวจร่างกาย เบื้องต้น เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับราชการในทหารกองประจำการในครั้งแรกในการเป็น ทหาร

2. ด้านการรักษา มีสถานพยาบาลทั้งปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นหน่วยงาน รับผิดชอบในการรักษาพยาบาล

3. ด้านการส่งเสริม มีสถานพยาบาลทั้งปฐมภูมิ ดำเนินการให้สุขศึกษา เกี่ยวกับ โรคระบาด การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ การป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด กรรมการ โครงการลดละเลิก บุหรี่ โรคระบาดอื่น ๆ โรคลมร้อน

4. ด้านการฟื้นฟู มีสถานพยาบาลทั้งปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เป็นหน่วยงาน รับผิดชอบในการร่วมกันฟื้นฟูสุขภาพ

จากบริบทของทหารกองประจำการมีปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ คือ ทหารกองประจำการส่วนใหญ่เป็นคนชนบท มีการศึกษา โดยเฉลี่ยในระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง อาชีพทำนา ทำไร่ รายได้เฉลี่ยของคน

ในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำปานกลางจนถึงต่ำ จากปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว ส่งผลการรับรู้และการดูแลสุขภาพ และการเปลี่ยนสถานภาพจากชีวิตพลเรือนไปเป็นทหารกองประจำการ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ภาวะเครียด พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ที่อาจส่งผลต่อความสามารถและความพร้อมในด้านร่างกาย สติปัญญา และภาวะจิตใจที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

คุณลักษณะส่วนบุคคล

1. ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้มีสติปัญญา เข้าใจข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเอง บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ และการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Orem, 2001) ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับปัจจัยด้านความรู้และระดับการศึกษา จากการศึกษาของ นัฐพล ปันสกุล และอานนท์ วรยิ่งยง (2558) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไปในอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่า ลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ในด้านระดับการศึกษา มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า เนื่องจากมีความพร้อมในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถอ่าน ซักถามข้อมูลได้ดีกว่า รวมทั้งมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่า (Christian et al., 2009; Honghui et al, 2017; Mi-Hsiu, 2014; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; กัญญา แซ่โก, 2552; ธนาลักษณ์ สุขประสาน และคณะ, 2561) อีกทั้งจากการศึกษาของ วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่ทำการศึกษาคความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ปัจจัยหนึ่ง ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p = 0.001$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับ ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อธิบายว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับ ปวส.ขึ้นไป จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น

มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

2. ความเครียด เป็นสภาวะทางจิตใจและร่างกาย ที่บุคคลได้รับหรือต้องเผชิญกับความรู้สึกกดดันต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นปฏิกิริยาที่ร่างกาย จิตใจ และความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ตอบสนองต่อสิ่งที่ถือว่าเป็นสิ่งคุกคาม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะอยู่ในระดับใดก็ตาม ส่งผลให้บุคคลเสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยส่งผลต่อร่างกาย เช่น ร่างกายเกิดการตึงเครียด ปวดเมื่อย นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกทั้งส่งผลต่อจิตใจ เช่น เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน เกิดความกลัวอย่างไร้เหตุผล เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ รวมทั้งประสิทธิภาพในการทำงาน (กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจ ส่งผลต่อสมรรถนะการเรียนรู้และกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับปัจจัยด้านความเครียดนั้น พบว่า ยังไม่มีการศึกษาด้านความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความเครียดในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในกลุ่มทหารกองประจำการ เช่น งานวิจัยของ กุณนที นวลสุวรรณ และคณะ (2555) ที่ทำการศึกษาเรื่องความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของทหารกองประจำการใหม่ ผลการวิจัย พบว่า ทหารกองประจำการส่วนใหญ่มีระดับความเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 51.4 มีระดับความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 0.9 โดยปัจจัยของความเครียดคือ รู้สึกเบื่อ เซ็ง และการนอนหลับไม่เป็นเวลา แม้จะระบุว่าส่วนใหญ่มีความเครียดระดับเล็กน้อย แต่จากผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงวิธีการที่ทหารกองประจำการใหม่ส่วนใหญ่ใช้ลดหรือขจัดความเครียด ในด้านการเบี่ยงเบนความสนใจ คือ การพยายามทำสิ่งแปลกใหม่ ที่ไม่เคยลองทำ รองลงมาใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการมีเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้ในต่างประเทศยังมีการศึกษาของ Nanako et al. (2018) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้านภาวะซึมเศร้าในคนงานญี่ปุ่น ผลการวิจัย พบว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยอธิบายว่า การที่บุคคลมีระดับความเครียดในระดับสูง ส่งผลต่อความสนใจในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพลดลง เนื่องจากจะสนใจความเป็นอยู่ และสนใจแค่ปัญหาความเครียดของตนเองมากกว่า ในขณะที่การศึกษาในคนงานอิหร่าน ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในงานกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของ Eisapareh, Nazari, Kaveh, and Ghahremani (2020) ไม่พบความสัมพันธ์ของความเครียดในงานกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($p < 0.001$)

เนื่องจากกลุ่มทหารกองประจำการ ยังไม่ได้เป็นอาชีพที่ถาวร และผลการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบข้อมูลสนับสนุนที่มากพอ แต่อาจพบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการได้ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจประเมินความเครียด ที่เป็นแบบวัดความเครียดทั่วไปในชีวิตประจำวันของ กรมสุขภาพจิต ที่อาจมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. **ฐานะทางเศรษฐกิจ** หมายถึง ผลตอบแทนที่ได้รับในรูปแบบของตัวเงินต่อเดือน ซึ่งประเมินจากรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ในบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีโอกาเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นบริการทางการแพทย์หรือยารักษาโรคมกยิ่งขึ้น มีโอกาสในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้มากขึ้นเช่นกัน นั่นคือ ส่งผลต่อความสามารถและความพร้อมในด้านร่างกาย สถิติปัญญา ที่เกี่ยวเนื่องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ (2558) ที่ทำการศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยด้าน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้และเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Baker et al., 1998; Honghui, 2017; Paasche-Orlow & Wolf, 2007) โดยพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากมีความพร้อมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และสามารถจ่ายเงินสำหรับซื้อบริการทางสุขภาพได้มากกว่า

4. **อายุ** อายุที่เพิ่มขึ้น เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ ที่มากขึ้น มีโอกาสในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือก/ ไม่เลือกนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ ส่งผลต่อสมรรถนะความพร้อมทางร่างกาย และความสมบูรณ์ทางสติปัญญา ที่จะพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอายุ จากกรอบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Manganello (2008) พบว่า ปัจจัยในระดับบุคคล จะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ ซึ่งเป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่ทำการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ปัจจัยหนึ่ง ได้แก่ อายุ ($p = 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Baker et al. (1998), Honghui (2017), Paasche-

Orlow and Wolf (2007), อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ (2558) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่หรือยาเส้นหรือยาสูบชนิดอื่น การสูบบุหรี่มักเริ่มในช่วงวัยรุ่น เด็กและเยาวชน จะริเริ่มสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น ความอยากรู้อยากเห็น อยากลอง การต่อต้าน เลียนแบบการสูบบุหรี่ของ พ่อแม่และญาติ พลังผลักดันจากเพื่อน อยากแสดงว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ เป็นต้น (ศรีธัญญา เบญจกุล, 2550) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรค มะเร็ง และการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายใน ร่างกาย เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในสมอง มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ นั่นคือ ส่งผลต่อความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่กระทบต่อกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งหากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางด้านสุขภาพและการสูบบุหรี่แอลกอฮอล์ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาด้านความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ ในประเทศไทย โดยจากการศึกษาของ Liu, Liu, Li, and Chen (2015) ที่ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจีนเชื้อสายเกาหลีที่อาศัยอยู่ที่เมือง Yanbian ผลการศึกษา พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านคุณลักษณะทั่วไปกับพฤติกรรมสุขภาพการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพที่ระบุว่า ความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะส่งผลต่อการสูบบุหรี่ลดลง/เลิกที่จะไม่สูบบุหรี่ (Chang et al., 2016; Primack & Hobbs, 2009) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้ทางด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

6. การดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นภัยคุกคามเป็นสาเหตุหลัก ของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ร้อยละ 70 การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งในระยะ สั้นและระยะยาว หากดื่มติดต่อกัน จะส่งผลเสียต่อระบบความจำ ระบบประสาท ระบบเลือด ความดันโลหิต เกิดอาการตับอักเสบ ตับแข็ง เป็นแผลในกระเพาะอาหารทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลงทั้งในปัจจุบันและในอนาคต นั่นคือการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่กระทบต่อกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผลการสำรวจพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550 ในกลุ่มประชากรไทย อายุ 12-65 ปี พบว่า มีสัดส่วนของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 47 โดยแบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 6.7 ดื่มแบบอันตรายร้อยละ 0.9 และ กลุ่มติดสุราร้อยละ 0.6 (สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และทักษพล ธรรมรังสี, 2550) ซึ่งหากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

(วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาด้านความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความรอบรู้ ด้านสุขภาพกับการดื่มแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย โดยจากการศึกษาของ Liu et al. (2015) ที่ได้ ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจีน เชื้อสายเกาหลีที่อาศัยอยู่ที่เมือง Yanbian ผลการศึกษาพบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านคุณลักษณะทั่วไปกับพฤติกรรมสุขภาพการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง (Hoffman et al., 2017) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรอบรู้ทางด้าน สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์

7. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ หมายถึง การมีพฤติกรรมทางเพศหรือมีความสัมพันธ์ทางเพศ ที่ไม่ป้องกัน (การไม่สวมถุงยางอนามัย) จากสถิติของโครงการเอดส์ พ.ศ. 2555 (สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555 อ้างถึงใน วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560) พบว่า มีผู้ติดเชื้อ ไวรัสเอชไอวี กว่า 35.3 ล้านคน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น อายุ 20-34 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีสูงมาก ถือเป็นกลุ่มประชากรที่ยังขาดภูมิคุ้มกันทางปัญญา และขาดองค์ความรู้ในการป้องกัน ตนเองจากเชื้อเอชไอวี ซึ่งหากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560) นั่นคือ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศส่งผลต่อระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการเรียนรู้ ส่งผลต่อ กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ ทางด้านสุขภาพและความเสี่ยงทางเพศ โดยจากการศึกษาของ ภาวิณี มนตรี (2557) ที่ทำการศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ ค่ายพิบูลสงครามจังหวัดลพบุรี ผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวมความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อพิจารณา ตามองค์ประกอบ พบว่าทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะการตัดสินใจ ในการป้องกัน การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคเอดส์ และความรู้เท่าทันสื่อ ในการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ข้าราชการทหารมีความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกัน โรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Needham, Wiemann, Tortolero, and Chacko (2010) ที่ศึกษาเรื่อง Relationship between health literacy, reading comprehension, and risk for sexually transmitted infections in young women พบว่า ผู้หญิงวัยรุ่น

ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำ และเพิ่มความเสี่ยงต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพของทหารกองประจำการ ประจำปี 2561 (ศูนย์ฝึกทหารใหม่, 2561) พบว่า ภาวะสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างของทหารกองประจำการ มีพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ ร้อยละ 31 และดื่มแอลกอฮอล์และร้อยละ 37 และจากการศึกษาของ อรวรรณ จุลวงษ์ (2556) ที่ทำการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ แห่งหนึ่งในกองทัพบก ผลการวิจัย พบว่า ทหารกองประจำการมีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุดในด้านการใช้สารหล่อลื่นที่ไม่ใช่เจลน้ำ เช่น น้ำมัน ยาหม่อง วาสลีน ขณะมีเพศสัมพันธ์ และเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ซิฟิลิส เริมฯ รองลงมาเป็นพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่รู้จัก เช่น หญิง หรือชายขายบริการ โดย การไม่ใช้ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือทางปาก ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของทหารกองประจำการ แล้วพบว่า การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่ทหารกองประจำการส่วนใหญ่ใช้ในการผ่อนคลายเมื่อว่างจากการฝึก หลังจากดื่มสุราส่วนใหญ่จะจะไปมีเพศสัมพันธ์ทั้งหญิงขายบริการ แฟน หรือผู้หญิงที่เพิ่งรู้จัก ซึ่งสุราจะทำให้เกิดความฉกฉองไม่เจินอาย และเกิดความสนุกขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้อัตราความชุกของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สูง (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก, 2555) จากผลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ

จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจากปัจจัยทั้งหมดที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าว คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และความเครียด 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al. (2012)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงหาความสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเครียด) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ ในจังหวัดชลบุรี โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทหารกองประจำการ จำนวน 4 กองพัน ในศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) ผลิตที่ 3/ 2562 (ช่วงเวลาระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562) ในเขตอำเภอสัตหีบ จ.ชลบุรี รวมมีทหารกองประจำการใหม่ทั้งสิ้น จำนวน 4,000 นาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารกองประจำการใหม่ กองประจำการที่ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) ผลิตที่ 3/ 2562 (ช่วงเวลาระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562) ที่ผ่านการฝึกแล้ว 45 วัน (เนื่องจากทหารกองประจำการมีเวลาในการฝึกในศูนย์ฝึกทหารใหม่ 45 วัน ก่อนจะไปประจำการที่หน่วยต่าง ๆ ในเขตอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี) จำนวน 364 นาย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสามารถคำนวณจากสัดส่วนของทหารกองประจำการใหม่ ผลิตที่ 3/ 2562 โดยสูตรยามานะ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) โดยใช้ความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเป็น จำนวน 364 นาย ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

N = ขนาดของกลุ่มประชากรที่เป็นทหารกองประจำการใหม่ ประจำการที่ศูนย์ฝึก
หน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง
(สอ.รฝ.) ผลัดที่ 3/ 2562 ในเขต อำเภอสัตหีบ จ.ชลบุรี ทั้งหมด 4 กองพัน รวมมี
ทหารกองประจำการใหม่ ทั้งสิ้น จำนวน 4,000 นาย

e = ความคลาดเคลื่อนของการกลุ่มตัวอย่าง (วิจัยนี้กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนได้
0.05)

แทนค่าสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{4,000}{1 + 4,000 (0.05)^2} \\ &= 364 \end{aligned}$$

จากการแทนค่าสูตรจะได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 364 นาย หมายความว่าจำนวนประชากร
ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 364 นาย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยมี
วิธีการ ดังต่อไปนี้

1. นำรหัสประจำตัวของทหารกองประจำการใหม่ กองประจำการที่ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิก
โยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) ตามบัญชีรายชื่อ
ผลัดที่ 3/ 2562

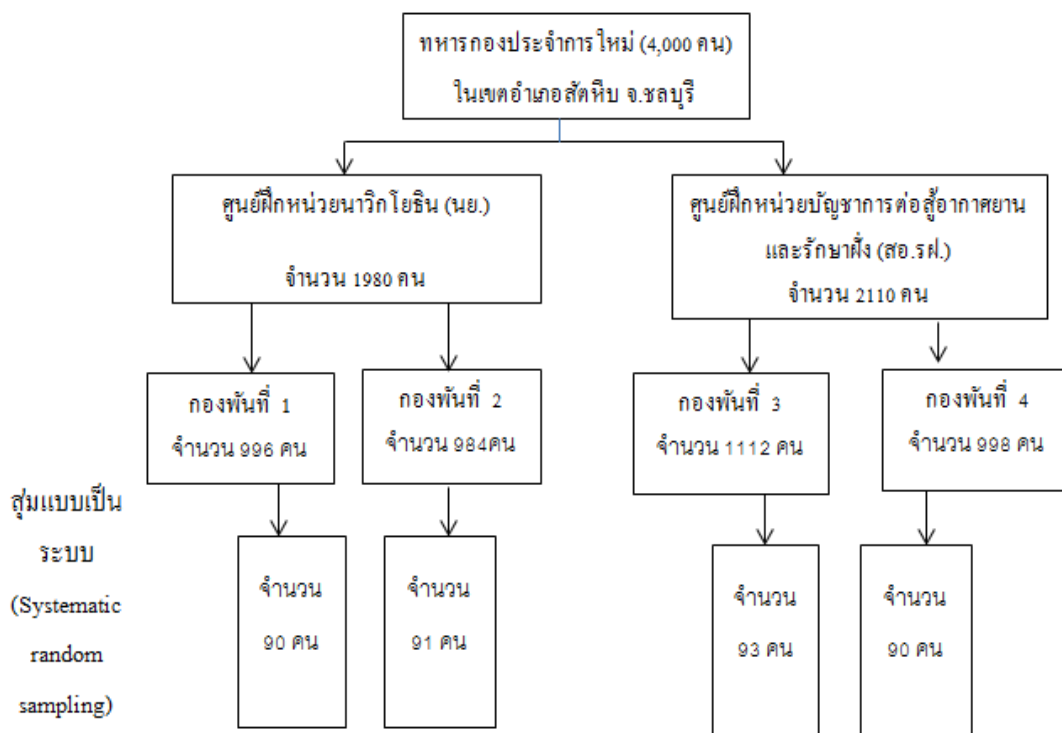
2. การคำนวณค่าช่วงของการสุ่ม โดยใช้สัญลักษณ์ I แทนซึ่ง

$$I = N/n \text{ แทนค่า } 4,000/364 = 10.98 \text{ ปัดเป็น } 11$$

3. ทำการสุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้น (Random start) ด้วยการจับฉลาก ได้เลข 4

4. นับหน่วยของกลุ่มตัวอย่างไปตามช่วงของการสุ่ม (Random interval) นั่นคือ

ทุก 11 คน นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน โดยเริ่มจากเลขที่ตั้งต้น และเลขที่ต่อไปให้นำเลขที่ตั้งต้น
บวกด้วยเลขบอกช่วงการสุ่ม ดังนี้ 4, 15, 26, 37, ...จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ถ้าระบุไปจนถึง
คนสุดท้ายแล้วยังไม่ครบ 364 คน เนื่องจากการคำนวณช่วงการสุ่มมีการปัดเศษ ก็ให้บวกเลข
วนกลับมาผ่านเลขที่ 1 อีกรอบ ถ้าซ้ำเลขที่เดิมให้ข้ามไป



ภาพที่ 4 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ เป็นข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลักก่อนเป็นทหาร รายได้ การรู้หนังสือ สิ่งอำนวยความสะดวกในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและการหาข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลสุขภาพทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัว ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่มีการดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของ วิมล โรมา และคณะ (2561) โดยแบบสอบถามเดิมมีจำนวนทั้งหมด 87 ข้อ แต่เนื่องจากข้อคำถาม มีความซับซ้อนกับพฤติกรรมเสี่ยง จึงได้ตัดข้อคำถามออกจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 55, 56, 57, 58 และข้อที่ 77 คงเหลือข้อคำถาม 82 ข้อ แบบสอบถามนี้ เป็นแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพใช้ในการประเมินระดับสมรรถนะของบุคคล ตามประเด็นสุขภาพ 4 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบการบริการสุขภาพ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ

ระบบการป้องกันโรค และระบบการคุ้มครองผู้บริโภค และในแต่ละระบบสุขภาพประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ มิติการเข้าถึง (8 ข้อ) มิติการเข้าใจ (13 ข้อ) มิติการทบทวนซักถาม (18 ข้อ) มิติการตัดสินใจ (7 ข้อ) และมิติการเปลี่ยนพฤติกรรม (36 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนนตามมิติความรู้ด้านสุขภาพ

มิติที่ 1 การเข้าถึง เป็นการสอบถามผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล

เกณฑ์การให้คะแนน

ทำได้ง่ายมาก คะแนนเท่ากับ 4

ทำได้ง่าย คะแนนเท่ากับ 3

ทำได้ยาก คะแนนเท่ากับ 2

ทำได้ยากมาก คะแนนเท่ากับ 1

ทำ (ล้น) ไม่เป็น คะแนนเท่ากับ 0

เชื่อว่าทำได้แต่ยังไม่เคยทำ คะแนนเท่ากับ 0

มิติที่ 2 ความเข้าใจ เป็นการวัดการสื่อสารระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้รับข้อมูล จากข้อความที่ท่านมีความเข้าใจในสิ่งต่อไปนี้ระดับใด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนและการวิเคราะห์ข้อมูล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

เข้าใจง่ายมาก คะแนนเท่ากับ 4

เข้าใจง่าย คะแนนเท่ากับ 3

เข้าใจยาก คะแนนเท่ากับ 2

เข้าใจยากมาก คะแนนเท่ากับ 1

ไม่รู้ คะแนนเท่ากับ 0

ไม่เกี่ยวข้อง คะแนนเท่ากับ 0

มิติที่ 3 ทบทวนและซักถาม เป็นการสอบถามผู้ให้ข้อมูลว่า ท่านทำสิ่งต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน? ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนและการวิเคราะห์ข้อมูล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ทุกครั้ง คะแนนเท่ากับ 4

บางครั้ง คะแนนเท่ากับ 3

ไม่รู้จะทำอย่างไร คะแนนเท่ากับ 2

ไม่กล้าทำ คะแนนเท่ากับ 1

ไม่คิดจะทำ คะแนนเท่ากับ 0

ไม่เกี่ยวข้อง คะแนนเท่ากับ 0

มิตีที่ 4 การตัดสินใจ ให้ระบุความยากง่ายในการตัดสินใจข้อมูลต่อไปนี้ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนและการวิเคราะห์ข้อมูล แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ยากมาก	คะแนนเท่ากับ 4
ยาก	คะแนนเท่ากับ 3
ง่าย	คะแนนเท่ากับ 2
ง่ายมาก	คะแนนเท่ากับ 1
อยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร	คะแนนเท่ากับ 0
ไม่เคยทำ หรือไม่มีโอกาสทำ	คะแนนเท่ากับ 0

มิตีที่ 5 การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ เป็นการสอบถามผู้ให้ข้อมูลว่าใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตัวในเรื่องต่อไปนี้ยากง่ายระดับใด และสอบถามผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การบอกต่อข้อมูล ที่ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ หรือกระทำงานชำนาญในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนและการวิเคราะห์ข้อมูล แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ยากมาก	คะแนนเท่ากับ 4
ยาก	คะแนนเท่ากับ 3
ง่าย	คะแนนเท่ากับ 2
ง่ายมาก	คะแนนเท่ากับ 1
อยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร	คะแนนเท่ากับ 0
ไม่เคยทำ หรือ ไม่มีโอกาสทำ	คะแนนเท่ากับ 0

การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับมิตี
2. ระดับภาพรวม

ตารางที่ 4 การกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ

มิติ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ไม่เพียงพอในการ ดูแลสุขภาพ	ต้องสงสัยว่า ไม่เพียงพอ ในการดูแลสุขภาพ	เพียงพอ ในการดูแล สุขภาพ
การเข้าถึง	น้อยกว่า 58%	58%-63%	มากกว่า 63%
การเข้าใจ	น้อยกว่า 76%	76%-77%	มากกว่า 77%
การซักถาม	น้อยกว่า 72%	72%-75%	มากกว่า 75%
การตัดสินใจ	น้อยกว่า 74%	74%-76%	มากกว่า 76%
การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ	น้อยกว่า 73%	73%-74%	มากกว่า 74%

ตารางที่ 5 การกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามคะแนนภาพรวม

แบบวัด	คะแนนรวมที่ได้	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 82 ข้อ (คะแนนเต็ม 328 คะแนน)	≥ 261 คะแนน	เพียงพอ
	< 261 คะแนน	ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปริมาณความถี่ของการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีจำนวน 4 ข้อคำถาม วัดโดยแบบวัดของ Homsin et al. (2019) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิด Mayhew, Flay, and Bryant (2000 อ้างถึงใน Homsin et al., 2019) และการศึกษาของ Pierce et al. (1995 อ้างถึงใน Homsin et al., 2019) ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การสูบบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามมีข้อคำถามประกอบด้วย 1 ข้อคำถามให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ดังนี้ ข้อที่ 1 “ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่” มีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือก คือ 1) เคย 2) ไม่เคย ถ้าตอบว่าไม่เคย ได้ 0 แต่ถ้าตอบว่าเคยให้ทำข้อ 2 ต่อ ข้อที่ 2 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ข้อที่ 3 “ในปัจจุบันท่านสูบบุหรี่มากน้อยเพียงใด (เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น) 1) “ทดลองสูบบุหรี่เพียง 1-4 มวนเท่านั้นในชีวิต” 2) “เคยสูบบุหรี่มาแล้วประมาณ 5-100 มวนเท่านั้นในชีวิตและไม่ได้สูบบุหรี่อีกเลยในปัจจุบัน 3) สูบเป็นบางครั้งเท่านั้น

เช่น เมื่ออยู่ร่วมกับเพื่อน เมื่อไปเที่ยว เมื่อเลี้ยงสัตว์” 4) “ปัจจุบันสูบเป็นประจำทุกสัปดาห์

5) “ปัจจุบันสูบเป็นประจำ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนน

การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยสูบบุหรี่ เลยในช่วงชีวิต

1 คะแนน หมายถึง เคยสูบ/ สูบบางครั้ง/ สูบเป็นประจำ

การแปลผล คือ ถ้ามี 1 คะแนน หมายถึง สูบบุหรี่

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ เป็น

การประเมินแบบแผนการดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของทหารกองประจำการ

โดยใช้แบบคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Dependence Identification Test [AUDIT])

เกี่ยวกับปริมาณความถี่ของการดื่ม อาการของการติดแอลกอฮอล์ และปัญหาเกี่ยวกับการดื่ม

แอลกอฮอล์ของ World Health Organization (1998) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ปรีทรรศ

ศิลป์ปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อ

มีคะแนน 0-4 คะแนน โดยผลรวมของคะแนนเท่ากับ 0-40 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยดื่ม

1 คะแนน หมายถึง ดื่ม 1-2 วัน

2 คะแนน หมายถึง ดื่ม 3-5 วัน

3 คะแนน หมายถึง ดื่ม 6-9 วัน

4 คะแนน หมายถึง ดื่มมากกว่า 10 วัน

การแปลผล

คะแนน 0-7 ระดับที่ 1

คะแนน 8-15 ระดับที่ 2

คะแนนมากกว่า 16 ระดับที่ 3

คะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของทหารกองประจำการมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเคยหรือไม่เคยมี

เพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งหญิงหรือชาย รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน

ระยะก่อนหรือระหว่างการมีเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างการมีเพศสัมพันธ์

ในระยะเวลา 45 วันที่ผ่านมา โดยตัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของ

ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง (2557) แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 1 ข้อ เกี่ยวกับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 45 วันที่ผ่านมา ถ้าไม่เคยให้คะแนน 0 ถ้าตอบเคย ให้ตอบอีก 3 ข้อต่อมาที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และทุกครั้ง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 1-3 คะแนน คะแนนรวม 0-9 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	เชิงบวก	เชิงลบ
1 คะแนน หมายถึง	ทุกครั้ง	ไม่เคย
2 คะแนน หมายถึง	บางครั้ง	บางครั้ง
3 คะแนน หมายถึง	ไม่เคย	ทุกครั้ง

การแปลผลโดยภาพรวม

คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศมาก

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความเครียด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินประสบการณ์อาการและความรู้สึกเกี่ยวกับ การนอนหลับ สมาธิ หงุดหงิด อาการเบื่อ และการต้องการพบปะกับคนอื่น ในช่วง 45 วันที่ผ่านมา โดยแบบประเมินความเครียด (Stress Test-5 [ST-5]) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2559) เป็นแบบประเมินความเครียดในชีวิตประจำวันที่มีผู้วิจัยนำไปศึกษาวิจัยในกลุ่มต่าง ๆ หลากหลาย และมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง แบบประเมินเป็นแบบประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกผู้ตอบ มีลักษณะมาตรวัดแบบประเมินค่า (Rating scale) ได้แก่ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-15 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

- 0 คะแนน หมายถึงแทบไม่มี
- 1 คะแนน หมายถึงเป็นบางครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึงบ่อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึงเป็นประจำ

การแปลผล

- คะแนน 0-4 เครียดน้อย
- คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง
- คะแนน 8-9 เครียดมาก
- คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามมาตรฐานและแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการพัฒนามาแล้ว จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไปทดลองใช้กับกลุ่มทหารกองประจำการ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ที่ยอมรับได้ คือ 0.70 ขึ้นไป (Cronbach, 1951 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ในแต่ละแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ดังนี้

ตารางที่ 6 สรุปผลทดสอบค่า Cronbach's Alpha ของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่า Cronbach's alpha
1. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ	
- มิติการเข้าถึง	0.87
- มิติความเข้าใจ	0.85
- มิติการทบทวนและการซักถาม	0.89
- มิติการตัดสินใจ	0.78
- มิติการเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ	0.81
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	0.87
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	0.70
4. แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ	0.78
5. แบบประเมินความเครียด	0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและทำหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาที่ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) เพื่อแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการวิจัย แนวทางขั้นตอนในการเก็บข้อมูลพร้อมส่งเอกสารโครงร่างงานวิจัยฉบับย่อ ตัวอย่างแบบสอบถาม และเอกสารใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้บังคับบัญชาลงนามก่อนเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอย่างเหมาะสม

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ท่าน ประชุมร่วมกันโดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัย รู้และเข้าใจเกี่ยวกับจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ และอธิบายถึงวิธีการขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บังคับบัญชาที่ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) เพื่อจัดสถานที่ที่เหมาะสมต่อการเก็บข้อมูล โดยให้ทหารกองประจำการนั้น ได้มีอิสระและเป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม อีกทั้งจัดที่นั่งให้นั่งห่างกันพอสมควร ไม่ให้ชิดกันจนเกินไป

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบทหารกองประจำการทั้ง 2 หน่วย เพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนของการทำวิจัย การตอบแบบสอบถามที่ถูกต้อง ประโยชน์ที่ได้รับ และขอความร่วมมือให้ทหารกองประจำการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง พร้อมทั้งแจกใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ล่วงหน้า 3 วัน และนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการเก็บข้อมูล

3. เก็บรวบรวมข้อมูลทหารกองประจำการที่ยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย เมื่อถึงวัน เวลาที่นัดหมาย สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ โรงอาหาร โดยใช้เวลาลงจากแถวเช็คบัญชีพลช่วงเย็น ทำการนัดผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย มาทำแบบสอบถามตามหมายเลขของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ได้ หลังจากนั้นจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งห่างกันตามโต๊ะที่จัดไว้ โดยมีการวางแบบสอบถามที่ใส่ซองมิดชิดไว้ ในการกรอกข้อมูลทหารกองประจำการไม่ต้องใส่ชื่อ-นามสกุลจริง แล้วเริ่มทำแบบสอบถามพร้อม ๆ กัน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่มีผู้ใดที่ถูกสุ่ม ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

4. เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้นำแบบสอบถามนั้นใส่ซองสีน้ำตาลที่แจกไปปิดให้เรียบร้อย แล้ววางบนโต๊ะที่กลุ่มตัวอย่างนั่ง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเดินไปเก็บแบบสอบถามเอง

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ตรวจสอบจำนวนและความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณา เมื่อได้รับการพิจารณาอนุมัติแล้ว รหัสจริยธรรมการวิจัย 11-07-2562 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ พิจารณาและอนุมัติ ก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับ การศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างตามแนวทางจริยธรรมสากล โดยมีหลักการ ดังนี้

1. การเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ โดยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยเป็นอย่างดีแล้ว และผู้ตอบแบบสอบถามสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่ตอบแบบสอบถามและส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย ถ้ามีความรู้สึกลำบากใจ หรือคับข้องใจในการตอบแบบสอบถาม และการปฏิเสธนั้นจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน หรือไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งสิ้นไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

2. การรักษาความลับ ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยหรือพิจารณาคำตอบเป็นรายบุคคล

3. ความยุติธรรม และความซื่อสัตย์ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลตามความเป็นจริงทุกประการ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ก่อนตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ พร้อมทั้งอธิบายโดยการแจ้งผ่านผู้บังคับบัญชา และชี้แจงรายละเอียดไว้ให้อ่านก่อนตอบแบบสอบถามทุกฉบับ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนว่า การวิจัยครั้งนี้จะไม่เปิดเผยชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้ตอบแบบสอบถามสามารถอนุญาตได้ ทั้งอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นลายลักษณ์อักษร หากผู้ตอบแบบสอบถามประสงค์จะอนุญาตอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ก็ให้ลงลายมือชื่อไว้ หากไม่ลงลายมือชื่อไว้ แต่ตอบแบบสอบถาม ก็ถือว่าเป็นการยินยอมในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทำสถิติจากการใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของและความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation [SD])

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการปี 2562 โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient

ตารางที่ 7 ระดับการวัดของตัวแปรที่ศึกษาและการให้ค่าคะแนน

ตัวแปรต้น	ระดับการวัดของตัวแปร	ค่าคะแนน
1. อายุ	Scale	อายุเต็มปีบริบูรณ์
2. ระดับการศึกษา	Scale	จำนวนปีที่ศึกษานับจากประถมถึงการศึกษาสูงสุด
3. ฐานะทางเศรษฐกิจ	Scale	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
4. ความเครียด	Scale	คะแนนความเครียด
5. การสูบบุหรี่	Dummy	0 = ไม่เคยสูบบุหรี่ ในช่วงชีวิต 1 = เคยสูบบุหรี่/ สูบบางครั้ง/ สูบประจำ
6. ระดับการดื่มแอลกอฮอล์	Scale	คะแนนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. เพศสัมพันธ์ใน 45 วัน	Scale	คะแนนรวมพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเครียด) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ) กับความรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือในจังหวัดชลบุรี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นทหารกองประจำการ กองทัพเรือในจังหวัดชลบุรี จำนวน 364 คน อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 100 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี (ร้อยละ 74.7) อายุ น้อยที่สุด คือ 20 ปี และอายุมากที่สุด คือ 27 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.30 ($SD = 0.757$) มีสถานภาพ โสด (ร้อยละ 93.7) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.6) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย/ ปวช. (10-12 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 40.7) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น (7-9 ปี) (ร้อยละ 33) ประกอบอาชีพรับจ้างก่อนเป็นทหารกองประจำมากที่สุด (ร้อยละ 47) รองลงมาไม่ได้ ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 20.1) ด้านรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 75) รายได้ต่อเดือนน้อยที่สุด คือ 6,000 บาท และรายได้ต่อเดือนมากที่สุด คือ 30,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 10,115 บาท ด้านวิธีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่าแหล่งที่มาได้จากการค้นหาข้อมูลทางสังคมออนไลน์ เว็บไซต์ และโซเชียลต่าง ๆ (ร้อยละ 54.6) รองลงมาได้ข้อมูลจากบุคคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 45.4) รายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 364)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20 ปี	9	2.5
21 ปี	272	74.7
22 ปี	62	17.0
23 ปี	14	3.8
24 ปี	4	1.1
25 ปี	1	0.3
26 ปี	1	0.3
27 ปี	1	0.3
Min, Max = 20, 27; $M = 21.30$; $SD = 0.757$		
สถานภาพ		
โสด	341	93.7
สมรส/ คู่	18	4.9
หม้าย/ แยก	5	1.4
ศาสนา		
พุทธ	337	92.6
คริสต์	13	3.6
อิสลาม	13	3.6
ไม่มีศาสนา	1	0.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	18	4.9
ประถมศึกษา (1-6 ปี)	20	5.5
มัธยมศึกษาตอนต้น (7-9 ปี)	120	33.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (10-12 ปี)	148	40.7
อนุปริญญา/ ปวส. (13-15 ปี)	25	6.9
ปริญญาตรีขึ้นไป (16 ปี ขึ้นไป)	33	9.1

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพก่อนเป็นทหาร		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	73	20.1
รับจ้าง	171	47.0
เกษตรกร	51	14.0
ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท	35	9.6
นักเรียน/ นักศึกษา	20	5.5
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	11	3.0
รับราชการ	3	0.8
รายได้ (บาท/ เดือน)		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	273	75.0
10,000-20,000 บาท	84	23.1
20,001-30,000 บาท	7	1.9
Mean \pm SD	10,115.11 \pm 3,291.169	
Median (Min-Max)	9,000.00 (6,000.00-30,000.00)	
วิธีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ		
ค้นหาข้อมูลทางสังคมออนไลน์ เว็บไซต์และโซเชียลต่าง ๆ	199	54.6
สอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์	165	45.4

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักปกติ ค่า BMI 18.5-22.99 (ร้อยละ 77.7) มีน้ำหนักเกิน ค่า BMI 23-24.99 ร้อยละ 20.1 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตปกติ (< 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท) (ร้อยละ 95.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.2) และใช้สิทธิบัตรทองก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ (ร้อยละ 72.3) รายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลสุขภาพ (n = 364)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
BMI		
น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักน้อยเกินไป)	8	2.2
18.5-22.99 (น้ำหนักปกติ)	283	77.7
23-24.99 (น้ำหนักเกิน)	73	20.1
ระดับความดันโลหิต		
ความดันโลหิตปกติ (< 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท)	348	95.6
ความดันโลหิตผิดปกติ (\geq 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท)	16	4.4
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	350	96.2
มีโรคประจำตัว	14	3.8
สวัสดิการทางสุขภาพ (ก่อนเป็นทหาร)		
บัตรทอง	263	72.3
ประกันสังคม	64	17.6
ประกันเอกชน	24	6.6
สวัสดิการข้าราชการ	13	3.6

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางสุขภาพ

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งเคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 55.5)

และส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลางระหว่าง 14-17 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 76.7) โดยอายุที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยที่สุด คือ 10 ปี และอายุมากที่สุด คือ 18 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ เท่ากับ 14.64 ($SD = 1.415$) ในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่เป็นบางครั้งเมื่ออยู่รวมกับเพื่อน เมื่อไปเที่ยวมากที่สุด (ร้อยละ 48.5) รองลงมา คือ ทุกสัปดาห์ (ร้อยละ 26.2) และสูบบุหรี่ทุกวัน (ร้อยละ 17.8)

ด้านพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มีเพียงร้อยละ 32.7 และมีความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ คือ จำนวน 1-2 วัน/ เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 33.8) รองลงมา คือ ดื่มมากกว่า 10 วัน/ เดือน (ร้อยละ 15.1) ด้านปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีจำนวน 3-4 ดื่มมาตรฐาน มากที่สุด (ร้อยละ 36.7) รองลงมา ดื่ม 5-6 ดื่มมาตรฐาน (ร้อยละ 33.1)

และ 1-2 คีมีมาตรฐาน (ร้อยละ 18.8) ตามลำดับ ด้านระดับการคีมีแอลกอฮอล์ พบว่า กว่าครึ่งของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ 1 (โอกาสในการติดแอลกอฮอล์น้อย) (ร้อยละ 55.1) รองลงมา คือ ระดับ ที่ 2 (โอกาสในการติดแอลกอฮอล์ปานกลาง) (ร้อยละ 40.8) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 58.5

ด้านความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 46.2) รองลงมา คือ เครียดน้อย (ร้อยละ 44.2) รายละเอียดตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมทางสุขภาพ

พฤติกรรมทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ประสบการณ์การสูบบุหรี่ ($n = 364$)		
เคยสูบ	202	55.5
ไม่เคยสูบ	162	44.5
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ($n = 202$)		
วัยรุ่นตอนต้น (น้อยกว่า 13 ปี)	41	20.3
วัยรุ่นตอนกลาง (14-17 ปี)	155	76.7
วัยรุ่นตอนปลาย (18-21 ปี)	6	3.0
Min, Max = 10, 18; $M = 14.64$; $SD = 1.415$		
การสูบบุหรี่ ($n = 202$) ในปัจจุบัน		
ทดลองสูบบุหรี่	6	3.0
เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ	9	4.5
เป็นบางครั้ง	98	48.5
ทุกสัปดาห์	53	26.2
ทุกวัน	36	17.8
พฤติกรรมการคีมีแอลกอฮอล์		
การคีมีแอลกอฮอล์ ($n = 364$) ในปัจจุบัน		
ไม่เคยคีมี	119	32.7
คีมี 1-2 วัน	123	33.8
คีมี 3-5 วัน	36	9.9

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรมทางสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดื่ม 6-9 วัน	31	8.5
ดื่มมากกว่า 10 วัน	55	15.1
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ($n = 245$)		
1-2 ดื่มมาตรฐาน	46	18.8
3-4 ดื่มมาตรฐาน	90	36.7
5-6 ดื่มมาตรฐาน	81	33.1
7-9 ดื่มมาตรฐาน	27	11.0
10 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป	1	0.4
ระดับการดื่มแอลกอฮอล์ ($n = 245$)		
ระดับที่ 1 (คะแนน 1-7)	135	55.1
ระดับที่ 2 (คะแนน 8-15)	100	40.8
ระดับที่ 3 (มากกว่าคะแนน 16)	10	4.1
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($n = 364$) ในช่วง 45 วันที่ผ่านมา		
มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (คะแนน 4-9)	213	58.5
ไม่มีเพศสัมพันธ์/ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (คะแนน 0-3)	151	41.5
Min, Max = 0, 8; $M = 3.26$; $SD = 2.541$		
ความเครียด		
เครียดน้อย (คะแนน 0-4)	162	44.2
เครียดปานกลาง (คะแนน 5-7)	168	46.2
เครียดมาก (คะแนน 8-9)	20	5.5
เครียดมากที่สุด (คะแนน 10-15)	15	4.1

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

จากการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยใช้เกณฑ์เครื่องมือแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของของ Sorensen et al. (2012) ซึ่งได้รับการพัฒนาแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้กรอบแนวคิดระบบพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ที่กรมอนามัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy conceptual framework) โดย วิมล โรมา และคณะ (2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งยังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 48.1 รายละเอียดตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพใน
ในภาพรวม (n = 364)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	189	51.9
ไม่เพียงพอ	175	48.1

ระดับความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามมิติ

จากการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึงข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 68.7) มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนมากที่สุด 32 คะแนน น้อยที่สุด 12 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 24.96 ($SD = 5.412$)

ความรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.9) มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจ คะแนนมากที่สุด 52 คะแนน น้อยที่สุด 26 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 41.23 ($SD = 7.388$)

ความรู้ด้านสุขภาพในมิติการโต้ตอบซักถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 51.1) มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้านการโต้ตอบซักถาม คะแนนมากที่สุด 72 คะแนน น้อยที่สุด 18 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 56.47 ($SD = 10.654$)

ความรู้ด้านสุขภาพในมิติการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 56.6) มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจ คะแนนมากที่สุด 28 คะแนน น้อยที่สุด 7 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 22.74 ($SD = 4.189$)

ความรู้ด้านสุขภาพในมิติการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 61) มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คะแนนมากที่สุด 144 คะแนน น้อยที่สุด 63 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 118.02 ($SD = 19.037$)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ เรียงลำดับจากมากไปน้อย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของความเข้าใจ พบสัดส่วนมากที่สุด คือ ร้อยละ 54.9 รองลงมาเป็นมิติด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 38.7 และมิติด้านการได้ตอบซักถาม ร้อยละ 34.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Range	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ HL	จำนวน	ร้อยละ
	Min-Max					
1. การเข้าถึงข้อมูล	12-32	24.96	5.41	ไม่เพียงพอ	76	20.9
				สงสัยไม่เพียงพอ	38	10.4
				เพียงพอ	250	68.7
2. การเข้าใจ	26-52	41.23	7.39	ไม่เพียงพอ	200	54.9
				สงสัยไม่เพียงพอ	8	2.2
				เพียงพอ	156	42.9
3. การได้ตอบซักถาม	18-72	56.47	10.65	ไม่เพียงพอ	127	34.9
				สงสัยไม่เพียงพอ	51	14.0
				เพียงพอ	186	51.1
4. การตัดสินใจ	7-28	22.74	4.19	ไม่เพียงพอ	90	24.7
				สงสัยไม่เพียงพอ	68	18.7
				เพียงพอ	206	56.6
5. การเปลี่ยนพฤติกรรม	63-144	118.02	19.04	ไม่เพียงพอ	141	38.7
				สงสัยไม่เพียงพอ	1	0.3
				เพียงพอ	222	61.0

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านมิติรวม พบว่าฐานะทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.154, p = 0.003$), ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.173, p = 0.001$), การสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.162, p = 0.002$), การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.268, p < .001$), พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.271, p < .001$) นั้นแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ในขณะที่ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดมากมี พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์มาก และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงมีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่น้อยลง

ปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.97, p = 0.65$), ($r = -0.045, p = 0.393$)

ตารางที่ 13 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

ปัจจัย	ค่า r	p -value
1. อายุ	-.097	.065
2. ระดับการศึกษา	-.045	.393
3. ฐานะทางครอบครัว	.154*	.003
4. ความเครียด	-.173*	.001
5. การสูบบุหรี่	-.162*	.002
6. การดื่มแอลกอฮอล์	-.268**	<.001
7. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	-.271**	<.001

* p -value < .05

** p -value < .01

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเครียด) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ) กับความรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ กองทัพเรือในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ พลทหารใหม่กองประจำการที่ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) ในเขตอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 364 คน สุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 ตุลาคม ถึงวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ได้แก่ แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ แบบสอบถามพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ และแบบประเมินความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation [SD]) และค่าสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นพลทหารกองประจำการ กองทัพเรือในจังหวัดชลบุรี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.30 ปี ($SD = 0.757$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 93.7) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.6) ด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (10-12 ปี) และมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 73.7) อาชีพก่อนเป็นพลทหารกองประจำการ พบว่าประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 47) รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 20.1) รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 10,115 บาท/เดือน ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักปกติ ค่า BMI 18.5-22.99 (ร้อยละ 77.7) มีระดับความดันโลหิตปกติ ($< 130/80$ มิลลิเมตรปรอท) (ร้อยละ 95.6) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.2) รวมทั้งใช้สิทธิบัตรทองก่อนมาเป็นทหารกองประจำการ (ร้อยละ 72.3)

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งเคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 55.5) ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา หนึ่งในสามไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มีเพียง (ร้อยละ 32) มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 3-4 ดื่มมาตรฐาน มากที่สุด (ร้อยละ 36.7) รองลงมา ดื่ม 5-6 ดื่มมาตรฐาน

(ร้อยละ 33.1) ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ (ร้อยละ 58.5) และมีความเครียดน้อยถึงปานกลาง (ร้อยละ 90.4)

3. จากการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (ร้อยละ 51.9) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีเพียงด้านความเข้าใจที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 48.1)

4. เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในด้านมิติรวม พบว่า ฐานะทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.154, p\text{-value} = 0.003$), ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.173, p\text{-value} = 0.001$), การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.162, p\text{-value} = 0.002$), การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.268, p\text{-value} = 0.000$), พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.271, p\text{-value} = 0.000$) สำหรับปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.97, p\text{-value} = 0.65, r = -0.045, p\text{-value} = 0.393$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรี กว่าครึ่ง ในภาพรวมอยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 51.9) และเมื่อพิจารณารายด้านพบข้อมูลที่สอดคล้องกันทั้ง 4 ด้าน ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ คือ ด้านการเข้าถึง ได้ตอบซักถาม การตัดสินใจ และการบอกต่อ ยกเว้นด้านการเข้าใจที่พบว่ากว่าครึ่งยังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.9) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) ที่ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ที่พบว่า กลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.1) สามารถอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในด้านภาวะสุขภาพปกติ แข็งแรง และยังอยู่ในช่วงวัยที่มีโอกาสพบโรคประจำตัวน้อย ส่งผลต่อความสนใจแสวงหาข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ในการดูแลตนเองไม่สูงมากนักและใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรทั่วไป

โดยเมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ พบว่า

1.1 มิติด้านการเข้าถึงข้อมูล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึงข้อมูลเพียงพอ (ร้อยละ 68.7) แสดงให้เห็นถึงความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน และการคำนวณ ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล สามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีในการค้นหา และการใช้อุปกรณ์การสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องการในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน หรือเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพ การฉีดวัคซีน การรักษาสุขภาพ เป็นประเด็นที่น้อยที่สุดในด้านการเข้าถึงข้อมูล

1.2 มิติด้านการเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติด้านการเข้าใจไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.9) แสดงให้เห็นถึงความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการในการรับรู้ มีความรู้ สามารถทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การป้องกันโรค และควบคุมความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากทหารกองประจำการเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 73.7) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า เนื่องจากมีความพร้อมในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถอ่าน ชักถามข้อมูลได้ดีกว่า รวมทั้งมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่า (Christian et al., 2009) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีข้อคำถามเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่พยาบาลได้พูดมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า การสื่อสารของพยาบาลมีผลต่อความเข้าใจ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร การสื่อสารทางวาจา ควรใช้การสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำ พูดที่เรียบง่าย หลีกเลี่ยง การใช้ศัพท์เทคนิคและศัพท์ทางการแพทย์ ควรอธิบายให้เข้าใจอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าใจในสิ่งที่สื่อสารและนำไปใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง (วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560)

1.3 มิติด้านการโต้ตอบซักถาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการโต้ตอบซักถามเพียงพอ (ร้อยละ 51.1) แสดงให้เห็นเพียงครั้งเดียวของทหารกองประจำการที่มีความสามารถและทักษะในการตีความ และประเมินข้อมูลทางการแพทย์ ได้ตอบ ซักถาม ข้อมูลด้านสุขภาพ การป้องกันโรค เพื่อนำไปใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการทบทวนข้อมูลที่ได้จากพยาบาล แพทย์มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า การสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

และการจัดการตนเองของผู้รับบริการ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ เสริมสร้างสัมพันธภาพ ยกตัวอย่างเรื่องของคำถาม ควรใช้คำถามปลายเปิด ควรให้ผู้รับบริการทบทวน การรับรู้และการปฏิบัติตัว นอกจากนั้นควรประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับของผู้รับบริการ โดยใช้เทคนิคการทวนซ้ำ เพื่อให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าใจในสิ่งที่สื่อสารและนำไปใช้ในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง (วัชรพร เชนสุวรรณ, 2560)

1.4 มิติด้านการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในมิติ ด้านการตัดสินใจเพียงพอ (ร้อยละ 56.6) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงครึ่งเดียวที่มีความสามารถ และทักษะของทหารกองประจำการในการตัดสินใจเลือก เชื้อข้อมูลด้านสุขภาพ เลือกปัจจัยที่เอื้อ ต่อการมีสุขภาพที่ดีประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ เลือกวิธีปฏิบัติและตัดสินใจ ปรับพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า อธิบายได้ว่า ทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด และการจัดใช้จ่าย และภาวะฉุกเฉิน มีคะแนนการตัดสินใจใกล้เคียงกันและค่อนข้างดี ยกเว้นเรื่องอาหารเสริม ซึ่งมีคะแนนน้อยสุด ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติของกลุ่มคนอายุวัยที่ไม่สนใจเรื่องอาหารเสริม

1.5 มิติด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ ความรู้ด้านสุขภาพในมิติด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อเพียงพอ (ร้อยละ 61) แสดง ให้เห็นถึงความสามารถและทักษะของทหารกองประจำการ ในการกำหนดเป้าหมายและวางแผน ในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม พบว่า ข้อคำถาม ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนบุคคล ในด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ สุขวิทยา ส่วนบุคคล การทำความสะอาดที่พัก โรงนอน รวมทั้งการดูแลสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันทุกเรื่อง และได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.2 เนื่องจากทหารกองประจำการ มีบริบทในการอยู่ร่วมกัน มีตารางวิถีชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นนอน จนหลับในค่ายที่เหมือนกัน มีระเบียบในการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ อาหารที่รับประทานอาหารจาก โรงครัวที่มีการจัดให้ตามหลักโภชนาการ อยู่ภายใต้ระเบียบข้อบังคับที่ต้องเข้ามาอยู่ในค่ายทหาร จำเป็นต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบทหาร ในบางเรื่องด้านสุขภาพ ทหารกองประจำการไม่สามารถ เลือกหรือเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ต้องออกกำลังกายเป็นเวลา มีการทำ ความสะอาดรักษาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเก็บโรงนอนไม่ให้รก รวมทั้งต้องใช้สถานพยาบาล ที่ถูกกำหนดไว้ให้เท่านั้น (กรมยุทธศึกษาทหารบก, 2560)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ฐานะทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.154, p\text{-value} = 0.003$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี

ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี จะมีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากขึ้น ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นผลตอบแทนที่ได้รับในรูปแบบของตัวเงินต่อเดือน ซึ่งประเมินจากรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ในบุคคล ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีโอกาเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นบริการทางการแพทย์หรือ ยารักษาโรคมมากขึ้น มีโอกาสในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้มากขึ้นเช่นกัน นั่นคือ ส่งผลต่อความสามารถและความพร้อมในด้านร่างกาย สติปัญญา ที่เกี่ยวเนื่องกับการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้สัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ ของ อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ (2558) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้ และเศรษฐกิจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Baker et al., 1998; Honghui et al., 2017; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Sun et al., 2013) โดยพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากมีความพร้อมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และสามารถจ่ายเงินสำหรับซื้อบริการทางสุขภาพได้มากกว่า

2.2 ความเครียด พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.173, p\text{-value} = 0.001$) แสดงว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเครียดมาก จะมีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่น้อยลง ซึ่งความเครียดเป็นสภาวะทางจิตใจและร่างกาย ที่บุคคลได้รับหรือต้องเผชิญกับความรู้สึกกดดันต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นปฏิกิริยาที่ร่างกาย จิตใจ และความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ตอบสนองต่อสิ่งที่ถือว่าเป็นสิ่งคุกคาม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะอยู่ในระดับใดก็ตาม ส่งผลให้บุคคล เสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ โดยส่งผลต่อร่างกาย เช่น ร่างกายเกิดอาการตึงเครียด ปวดเมื่อย นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดจังหวะ อีกทั้งส่งผลต่อจิตใจ เช่น เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์ แปรปรวน เกิดความกลัวอย่างไร้เหตุผล เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ รวมทั้ง ประสิทธิภาพในการทำงาน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจ ส่งผลต่อสมรรถนะการเรียนรู้และกระบวนการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้สัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความเครียดในกลุ่ม ทหารกองประจำการ เช่น งานวิจัยของ กุนนที นวลสุวรรณ และคณะ (2555) และการศึกษา ในต่างประเทศของ Nanako et al. (2018) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับ Stress underestimation and mental health literacy of depression in Japanese Workers ผลการวิจัย พบว่า ระดับความเครียด มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยอธิบายว่า การที่บุคคลมีระดับความเครียด ในระดับสูง ส่งผลต่อความสนใจในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพลดลง เนื่องจากจะสนใจความเป็นอยู่ และสนใจแค่ปัญหาความเครียดของตนเองมากกว่า

2.3 การสูบบุหรี่ พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.162, p\text{-value} = 0.002$) แสดงว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่น้อยลง ซึ่งการสูบบุหรี่หรือยาเส้นหรือ ยาสูบชนิดอื่น การสูบบุหรี่มักเริ่มในช่วงวัยรุ่น เด็กและเยาวชน จะริเริ่มสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น ความอยากรู้อยากเห็น อยากรลอง การต่อต้าน เลียนแบบการสูบบุหรี่ของ พ่อแม่และญาติ พลังผลักดันจากเพื่อน อยากรแสดงว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ เป็นต้น (ศรีธัญญา เบญจกุล, 2550) ซึ่งมักจะ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรู้ แต่มักจะเกี่ยวกับความเชื่อ และอิทธิพลของสังคม อย่างไรก็ตามพฤติกรรม เสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ นั้นก็สามารถสะท้อนได้ว่าคนเหล่านี้ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้อาจจะยังไม่สามารถสรุปว่าปัจจัยใดเป็นเหตุเป็นผล เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านเก็บข้อมูลที่เป็นการศึกษา แบบ Cross-sectional study อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงเวลาในการถามเกี่ยวกับพฤติกรรมว่าเป็นพฤติกรรมที่มีมาก่อน นั่นคือ คนที่มี ประวัติการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็ง และการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายใน ร่างกาย เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในสมอง มีผล ต่อระบบทางเดินหายใจ นั่นคือ ส่งผลต่อความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจที่กระทบ ต่อกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้สัมพันธ์กับการศึกษาของ Li, Lee, Shin, and Li (2009) ที่ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจีน เชื้อสาย เกาหลีที่อาศัยอยู่ที่เมือง Yambian ผลการศึกษา พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพ มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านคุณลักษณะทั่วไปกับพฤติกรรมสุขภาพการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะส่งผลต่อการสูบบุหรี่ลดลง/ เลี่ยงที่จะไม่สูบบุหรี่ (Chang et al., 2016; Primack & Hobbs, 2009) ที่แสดงให้เห็นถึงความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่มี ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

2.4 การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.268, p\text{-value} = 0.000$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์มาก มีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่น้อยลง ซึ่งการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งในระยะ สั้นและระยะยาว หากดื่มติดต่อกัน จะส่งผลเสียต่อระบบความจำ ระบบประสาท ระบบเลือด ความดันโลหิต เกิดอาการตับอักเสบ ดับแฉ่ง เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต นั่นคือ การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่กระทบต่อกระบวนการพัฒนา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษานี้สัมพันธ์กับการศึกษาของ Li et al. (2009) ที่ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจีน เชื้อสายเกาหลีที่อาศัยอยู่ที่เมือง Yanbian ที่พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านคุณลักษณะทั่วไปกับพฤติกรรมสุขภาพการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง (Hoffman et al., 2017) ที่แสดงให้เห็นถึงความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์

3. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.271, p\text{-value} = 0.000$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงมีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่น้อยลง ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น อายุ 20-34 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงมาก ถือเป็นกลุ่มประชากรที่ยังขาดภูมิคุ้มกันทางปัญญา และขาดองค์ความรู้ในการป้องกันตนเองจากเชื้อเอชไอวี นั่นคือ การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการเรียนรู้ ส่งผลต่อกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้สัมพันธ์กับการศึกษาของ ภาวิณี มนตรี (2557) และการศึกษาในต่างประเทศของ Needham et al. (2010) ที่พบว่า ผู้หญิงวัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำ และเพิ่มความเสี่ยงต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่แสดงให้เห็นถึงความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

4. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.1 อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.97, p\text{-value} = 0.65$) โดยอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงประสบการณ์ที่มากขึ้น มีโอกาสในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือก/ไม่เลือก นำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ ส่งผลต่อสมรรถนะความพร้อมทางร่างกาย และความสมบูรณ์ทางสติปัญญา ที่จะพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นทหารกองประจำการที่มีอายุระหว่าง 20-27 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่ใกล้เคียงกัน ผลการศึกษานี้สัมพันธ์กับการศึกษาของ นัฐพล ปันสกุล และอานนท์ วรยิ่งยง (2558) ที่ทำการการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป ในอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่า ลักษณะ

ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันทำให้มีผลกระทบต่อข้อสรุปของการวิจัย คือ พบว่ากลุ่มอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.2 ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.045$, $p\text{-value} = 0.393$) ซึ่งการศึกษาทำให้มีสติปัญญา เข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเอง บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ และการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Orem, 2001) ส่งผลต่อการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น วรรณศิริ นิลเนตร (2557) และการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า เนื่องจากมีความพร้อมในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถอ่าน ชักถามข้อมูลได้ดีกว่า รวมทั้งมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากกว่า (Christian et al., 2009; Honghui et al., 2017; Mi-Hsiu, 2014; Paasche-Orlow & Wolf, 2007; Sun et al., 2013; กัญญา แซ่โก, 2552; ธนาลักษณ์ สุขประสาน และคณะ, 2561) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาจเกิดจากอิทธิพลของการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันด้านอายุ จึงส่งผลต่อระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกันมาก คือ กว่าร้อยละ 80 พลทหารกองประจำการมีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายลงมา ซึ่งเป็นการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ในการศึกษานี้ ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาจะมีความแตกต่างของระดับการศึกษาสูงกว่า

ข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผลการศึกษาเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ Univariate analysis ซึ่งมิได้มีการควบคุมตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลร่วม เช่น ตัวแปรเกี่ยวกับ อิทธิพลทางสังคม
2. การเก็บข้อมูลเป็น แบบ Cross-sectional study ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เป็นสาเหตุ อาจะยังไม่สามารถตอบความสัมพันธ์ในระดับของช่วงเวลาการเกิดก่อนหลังได้ เช่น ความสัมพันธ์ของตัวแปรเรื่องความเครียด พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาการ จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ กองทัพเรือในจังหวัดชลบุรี ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ ความเครียด

การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ดังนั้นในการพัฒนาระดับความรู้ ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ จึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงาน สถานพยาบาลของกองทัพเรือ ควรร่วมกันวางแผนนโยบาย จัดทำมาตรการเชิงรุกในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของทหาร กองประจำการอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉิน ควรมีการอบรมเรื่องเหล่านี้แก่ทหารเกณฑ์ให้มี ข้อมูลที่เพียงพอ และทักษะที่จำเป็นในการนำไปใช้ได้ต่อไป เพื่อประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และประชาชน เนื่องจากทหารเป็นกำลังสำคัญของชาติ

2. ด้านปฏิบัติ การสื่อสารของพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการจัดการตนเองของผู้รับบริการ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของผู้รับบริการ เสริมสร้าง สัมพันธภาพ ยกตัวอย่างเรื่องของคำถาม ควรใช้คำถามปลายเปิด ควรให้ผู้รับบริการทบทวน การรับรู้และการปฏิบัติตัว นอกจากนั้นควรประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับของผู้รับบริการ โดยใช้ เทคนิคการทวนซ้ำ เพื่อให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าใจในสิ่งที่สื่อสารและนำไปใช้ในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง บทบาทพยาบาลควรให้ข้อมูลแบบไหนที่จะทำให้เข้าใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ร่วมเพื่อลดอคติจากตัวแปรกวน

2. การศึกษาต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ เข้ามาร่วมอธิบายเพิ่มขึ้น เช่น การรับรู้ความสามารถแห่งตน อิทธิพลจากเพื่อนหรือบุคคลอ้างอิงอื่น ๆ

บรรณานุกรม

- กรณัฐช ปัญญาใส, พิชามณัฐ ภูเจริญ และณิชกมล เป็ยอยู่. (2560). การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 28(1), 51-62.
- กรมการกำลังสำรองทหารบก. (2552). *พระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2497 กฎกระทรวงและบันทึกข้อตกลงระหว่างกระทรวงกลาโหมกับกระทรวงมหาดไทย*. กรุงเทพฯ: กรมการกำลังสำรองทหารบก.
- กรมยุทธศึกษาทหารบก. (2560). *คำแนะนำการฝึกทหารใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2560 (ต.ค. 59-ก.ย. 60)*. กรุงเทพฯ: กรมยุทธศึกษาทหารบก.
- กรมแพทย์ทหารเรือ. (2560). *เอกสารนโยบายหน่วยงานในกรมแพทย์ทหารเรือ*. กรุงเทพฯ: กรมแพทย์ทหารเรือ.
- กรมแพทย์ทหารเรือ. (2561). *แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ทหารเรือ พ.ศ. 2562-2564*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ทหารเรือ.
- กรมแพทย์ทหารเรือ. (2562). *นโยบายผู้บัญชาการทหารเรือ ประจำปีงบประมาณ 2562*. เข้าถึงได้จาก https://www.nmd.go.th/website/Documents/policy_navy62/combined62.pdf
- กรมกำลังพลทหาร. (2561). *พลทหารกองประจำการ*. เข้าถึงได้จาก <https://j1.rtarf.mi.th/new/index.php/2016-11-11-08-34-23/2016-11-11-09-06-33>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *เครียด*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แบบวัดความเครียดสวนปรง*. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/test/stress>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/index/20>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *Health at a glance Thailand 2017*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- กองสัสดี หน่วยบัญชาการรักษาดินแดน. (2560). *สิทธิประโยชน์ของทหารกองประจำการ*. เข้าถึงได้จาก http://www.sussadee.com/2017/04102017_4.pdf

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก <http://dohhl.anamai.moph.go.th/main.php?filename=HLO>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียดสำหรับวัยทำงาน*. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญา แซ่โก. (2552). *ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยารัตน์ กุญสุวรรณ, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และวิลาสถ์กษณ์ ชวัลลือ. (2556). ปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากโรคเอดส์ของทหารกองประจำการ กองทัพเรือ: การศึกษาการเปลี่ยนแปลงระหว่างช่วงเวลาการฝึกในศูนย์ฝึกทหารใหม่ และผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงจากโรคเอดส์. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(2), 35-58.
- กิตติพิศ วงศ์นิศานากุล. (2561). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 49-61.
- กุนนที นวลสุวรรณ, आयुพร ประสิทธิ์เวชชากร และองค์อร ประจันเขตต์. (2555). ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพลทหารใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(2), 72-81.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ = Health literacy: Access, understand and application*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2561). (ร่าง) *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564*. เข้าถึงได้จาก https://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_แผน12.2559.pdf

- จินตนา แก่นจันทร์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพลทหาร สังกัดกรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จินนังค์กูร โรจนนันต์. (2560). แนวทางการพัฒนาประเทศไทยสู่ Thailand 4.0. ใน เอกสารการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 10 เรื่อง คนไทยรอบรู้สุขภาพ มุ่งสู่ประเทศไทย 4.0 (หน้า 1-26). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรประภา สุวรรณ, สุวรรณ จันทรประเสริฐ และพรนภา หอมสินธุ์. (2560). ผลของการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของทหารกองประจำการ ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), 237-244.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จันทร์ชิตา พุกษานนท์. (2559). ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และชนิดา ผาติเสนะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, (พิเศษ), 177-186.
- ชนะนทอง ธนสุกาญจน์. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก http://planning.anamai.moph.go.th/download/download/3Gens/25600621_22/212560.%E0%B8%AD%E0%B8%88.%E0%B8%8A%E0%B8%B0%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%AD%E0%B8%87.pdf
- ชาติรี แมคสี และศิวิไลซ์ วรรณรัตน์. (2560). การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 9(2), 96-111.
- ชินดา เตชะวิจิตรจากร. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: คุณแจ่มสำคัญผู้พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 11-11.
- ชินดา เตชะวิจิตรจากร, อัจฉรา ศรีสุภกรกรกุล และสุทัตตา ช้างเทศ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 320-332.

- ณัฐชา แก้วมรินทร์, บุญทิน จิตรัสบาย, ยุทธพงศ์ พิมภา และชนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2549). การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารกองประจำการประเทศไทย พ.ศ. 2549. *วารสารโรคเอดส์*, 19(3), 155-164.
- ชนาลักษณ์ สุขประสาน, วรณรัตน์ รัตนวรางค์ และพิสมัย จารุชวลิต. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *วารสารสุศึกษา*, 41(2), 157-167.
- ชนสวุฒิ สายแสง, วีระศักดิ์ จิตไธสง, กนกกรัสมิ์ สุทธิประภา และสุวรรณา ภัทรเบญจพล. (2558). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการสถานพยาบาลปฐมภูมิ จ.อุบลราชธานี. *อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี*.
- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(6), 67-85.
- ธิดารัตน์ หมี่ปาน, พิชรินทร์ สิริสุนทร, ทวีศักดิ์ นพเกษร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2558). วิถีชีวิตทางสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนายทหารประทวน กองพลทหารราบที่ 4 กองทัพภาคที่ 3 จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย. *วารสารอารยธรรมศึกษา โขง-สาละวิน*, 6(1), 2560-2276.
- นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณ์า เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 30(1), 45-56.
- นัฐพล ปั่นสกุล และอานนท์ วรยิ่งยง. (2558). *การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป ในอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัย และการจัดการด้านสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิติกุล บุญแก้ว. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความตึงเครียดทางอารมณ์ ความแตกฉานด้านสุขภาพกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 119-131.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.

- ประกาศ ขำมาก, สมรัตน์ ขำมาก และมาลิน แก้วมูณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(3), 74-90.
- ประกาศ ธนะ, จิราภา บุญศิลป์, นงคาร รวงแดง, ศิริธร ยิ่งแรงเริง และจันทิมา เขียวแก้ว. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของทหารกองประจำการ จังหวัด สระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(พิเศษ), 226-238.
- ปริทรรศ สิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *AUDIT* แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. เชียงใหม่: ทานตะวันเปเปอร์.
- ปรีดี บัญญัติรัชช, วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี, คุณิต จันทยานนท์ และพิชัย แสงชาญชัย. (2560). ประสิทธิภาพของการประยุกต์โปรแกรมเลิกบุหรี่ ในทหารกองประจำการพลัดที่ 1/ 2559 กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 70(1), 31-40.
- ปัทมาพร ธรรมผล, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ และสุจินดา จารุพัฒน์มารูโอ. (2559). ความแตกฉาน ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(3), 176-182.
- ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง. (2557). การกำกับตนเองและส่งข้อความสั้นทางโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ในกลุ่มทหารกองประจำการจังหวัดลพบุรี ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- แผนกแพทย์ ศูนย์ฝึกทหารใหม่ กรมยุทธศึกษาทหารเรือ. (2561). *โครงสร้างและเครือข่าย หน่วยบริการสุขภาพ กองทัพเรือ*. กรุงเทพฯ: กรมยุทธศึกษาทหารเรือ.
- พระราชบัญญัติรับราชการทหาร พ.ศ. 2457. (2457). เข้าถึงได้จาก http://www.law.moi.go.th/law/group1/group1_law14.pdf
- พรปวีณ์ แก้วนพรัตน์, อัจฉรา ประเสริฐสิน และอมราพร สุรการ. (2560). การวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันของความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตนักศึกษาระดับปริญญาตรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 382-389.
- พัชณา เอ็งบริบูรณ์, พงศ์ ใจดี, วัลลภ ใจดี และจิรภัค สุวรรณเจริญ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของแรงงานชาวกัมพูชาที่ประกอบอาชีพในจังหวัดชลบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 86-101.

- พิชญาวดี กงบูรณ. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของพลทหารใหม่กองประจำการ สังกัด กองพันทหารราบที่ 3 กรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์. วิทยานิพนธ์ การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- ภาวิณี มนตรี. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคเอดส์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของข้าราชการทหารกองพลทหารปืนใหญ่ค่าย พิบูลสงคราม จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ภิรมย์ อุทพันธ์. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าเป็นทหารกองประจำการ ในสังกัดกองพัน ทหารราบมณฑลทหารบกที่ 13. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสยาม.
- เมธา ณ พิกุล และธนวิทย์ บุตรอุดม. (2558). การประเมินโครงการฝึกวิชาชีพสำหรับทหาร กองประจำการ มณฑลทหารบกที่ 32 คำสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง. วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, 4(2), 13-27.
- รพีพงษ์ สิทธิกันแก้ว. (2559). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มชาวเขา เผ่าม้ง อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาทรณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- รวีวรรณ จารุพรประสิทธิ์, เบญญาภา ศิริรัตน์ และจิราภรณ์ สุ่มดีบ. (ม.ป.ป.). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลอากาศเรียดิวังศ์ ฝ่ายบริการพยาบาล. (2560). *สถิติผู้ป่วย ร.พ.อากาศเรียดิวังศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ 2558-2560*. ชลบุรี: โรงพยาบาลอากาศเรียดิวังศ์.
- ลีรัตน์ อนุรัตน์พานิช, ปริญญา พิธีธรรมานนท์, มนทยา สุนันท์วิวัฒน์, ภาณีตา สรรพกิจภิญโญ, ภัณฑิลา สุภัทรศักดิ์ดา และศรีณย์ กอสนาม. (2561). ความแตกฉานทางสุขภาพของ พระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์. *Veridian E-Journal, Silapakorn University*, 11(1), 2643-2656.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)*. เข้าถึงได้จาก http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/data/HL/HL_Workshop25012560.pdf
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร. คุษณินพนธ์วิทยาศาสตรคุษณินบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการ ด้านสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยน์าวี*, 44(3), 183-197.
- วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นริมาลย์ นิละไพจิตร, มุกดา สำนวนกลาง และคณิศจัย ส. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). เข้าถึงได้จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4926?locale-attribute=th>
- ศรัณญา เบญจกุล. (2550). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2549. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ศุภโชค ตรรกนันท์, วัลลภ แดงใหญ่, ภาวฤณ ลีพหวนิช และศุภขจี แสงเรืองอ่อน. (2559). การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของพลทหารกองประจำการ ในเขตกรุงเทพมหานคร. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 69(2), 55-63.
- ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์พัฒนาจิตสมรรถนะ กรมแพทย์ทหารเรือ. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ กรมแพทย์ทหารเรือ พ.ศ. 2562-2564*. กรุงเทพฯ: ศูนย์พัฒนาจิตสมรรถนะ กรมแพทย์ทหารเรือ.
- ศูนย์ฝึกทหารใหม่. (2561). *ข้อมูลสุขภาพทหารกองประจำการ*. ชลบุรี: ศูนย์ฝึกทหารใหม่.
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก. (2555). *รายงานประจำปี 2555 เรื่อง ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยด้านประชากรในชายไทยที่ผ่านการตรวจเลือดเข้าเป็นทหารกองประจำการกองทัพบก*. กรุงเทพฯ: กรมแพทย์ทหารบก.
- สมบัติ ริยาพันธ์ และนิยะดา ภูอนุสาสน์. (2552). ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. *วารสารกองการพยาบาล*, 36(3), 32-46.
- สมพล ปาละไทย. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการร้องขอเข้ารับราชการทหารกองประจำการของชายไทยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร [เอกสารวิจัยส่วนบุคคล]*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการทัพบก.
- สันติ วินัยธรรม, สุคนธา ศิริ และณัฐนารี เอมยงค์. (2560). อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการในเขตภาคเหนือของประเทศไทย. *วารสารสุขศึกษา*, 40(2), 75-87.

สายสมร เฉลยกิตติ และสมพิศ พรหมเดช. (2556). ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการ กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 77-86.

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2559). *การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก http://dohhl.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=57

สุพิชชา แสงโชติ. (2560). *เอกสารประกอบการบรรยาย การบริหารระบบบริการสุขภาพ กองทัพเรือ และการบริหารสถานพยาบาลปฐมภูมิกองทัพเรือ ในการบรรยายหลักสูตรอาชีพเพื่อเลื่อนฐานะชั้น พันจ่าเอก พรรคพิเศษเหล่าทหารแพทย์ หลักสูตรเหล่าทหารแพทย์ชั้นนายเรือ หลักสูตรการบริหาร โรงพยาบาล และงานสายแพทย์ทหาร พ.ศ. 2559-2560*. กรุงเทพฯ: กองทัพเรือ.

สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และทักษพล ธรรมรังสี. (2550). *การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย: ผลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุมาลี เรืองจักร. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพลทหารกองประจำการ ในสังกัดกองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุศรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.

หทัยกานต์ ห้องกระจก. (2559). *อิทธิพลของความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อภิเชษฐ ชุ่มวาริ. (2560). *การตัดสินใจของทหารกองเกินร้องขอเข้ารับราชการเป็นทหารกองประจำการ ในพื้นที่กองทัพภาคที่3 [เอกสารวิจัยส่วนบุคคล]*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการทัพบก.

อภิญา อินทรรัตน์. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 174-178.

อรรณ จุลวงษ์. (2556). *การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการแห่งหนึ่งในกองทัพบก*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 142-150.

อรวรรณ จุลวงษ์. (2557). แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมสุขภาพของพลทหาร กองประจำการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 28-32.

อรวรรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). *วารสารทันตภิบาล*, 29(1), 122-128.

อริสรา อยู่รุ่ง, อมราภรณ์ หมีปาน, พัชราภรณ์ อุ้นเต๊ะ, แอน ไทยอุดม, อุษณีย์ อังคะนาวิน และสุวีณา เบาะเปลี่ยน. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันการเจ็บป่วยเนื่องจากความร้อนของผู้ทำการฝึกพลทหารกองประจำการในกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 114-121.

อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบทความย่อ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 1(6), 635-649.

อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

อัญริศา สระแก้ว. (2555). *ความรู้สึกเข้มแข็งของตนและการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในทหารกองประจำการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อานัช โออิน. (2559). ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง. *วารสารการวิจัยการพัฒนาการบริหาร*, 9(1), 113-132.

อารยา ทิพย์วงศ์ และจารุณี นุ่มพูล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(2), 1-11.

อารยา สัมพันธ์พงษ์, สุรชาติ ฌ หนองคาย และดุสิต สุจิรารัตน์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดของรัฐแห่งหนึ่ง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(1), 94-100.

อารยา เขียงทอง, พัชรี ดวงจันทร์ และอังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่: ประสพการณ์ของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 24(2), 162-178.

- อาสาสมัครวิกิพีเดีย. (2019). *Royal Thai Navy*. เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%9E%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2>
- เอื้อพร ดิฉินสัน และกนกวรรณ มะโนรัมย์. (2558). ความเครียดในการปฏิบัติหน้าที่และแนวทางการแก้ไขปัญหาของกำลังพลหน่วยเฉพาะกิจที่ 1 กองกำลังสุรนารี. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 11(1), 117-140.
- ไอศวรรย์ รักชาติ และเสาวนันท บำเรอราช. (2559). ความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ปี 2558. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 4(4), 459-472.
- Abrams, M. A., Savage, B., Kurtz-Rossi, S., & Riffenburgh, A. (2014). *Building health literate organizations: A guidebook to achieving organizational change*. Retrieved from <http://www.healthliterateorganization.org/>
- Ali Rahimi, F. D., & Ghahraman, M. (2017). Assessment and comparison of health literacy and its application in health promotion of Nurses in Medical Sciences University of West Country. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(4), 15-20.
- Aoki, T., & Machiko, I. (2017). Association between health literacy and patient experience of primary care attributes: A cross-sectional study in Japan. *PLOS ONE*, 12(9), e0184565.
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 791-798.
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(online), 9-19.
- Bonnie, A. Clough, S. M. N., Jamin, J. D., & Leanne, M. C. (2019). A comparison of mental health literacy, attitudes, and help-seeking intentions among domestic and international tertiary students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 47(1), 123-135.
- Chahardah-Cherik, S., Gheibezadeh, M., Jahani, S., & Cheraghian, B. (2017). The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(1), 65-76.

- Chang, F. C., Miao, N. F., Lee, C. M., Chen, P. H., Chiu, C. H., & Lee, S. C. (2016). The association of media exposure and media literacy with adolescent alcohol and tobacco use. *Journal of Health Psychology, 21*(4), 513-525.
- Christian, V. W., Michael, A. S., Wolf, S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior, 36*(5), 860-877.
- De Walt, D., Berkman, N., Sheridan, S., Lohr, K., & Pignone, M. (2004). Literacy and health outcomes. *Journal of General Internal Medicine, 19*(12), 1228-1239.
- De Wait, L., Fenenga, C., Giammarchi, C., Di Furia, L., Hutter, I., De Winter, A., & Meijering, L. (2017). Community-based initiatives improving critical health literacy: A systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *BMC Public Health, 18*(1), 40. doi:10.1186/s12889-017-4570-7
- Deena J. Chisolm, J. A., Kelly, M. C., Kelleher, J. Michael, P., & Marshal, D. (2014). Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in teens. *Patient Education and Counseling, 97*, 291-296.
- Eisapareh, K., Nazari, M., Kaveh, M. H., & Ghahremani, L. (2020). *The relationship between job stress and health literacy with the quality of work life among Iranian industrial workers: The moderating role of social support*. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00782-5>
- Fleary, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence, 62*, 116-127.
- Heather, E., Needham, C. M. W., Susan, R. T., & Mariam, R. C. (2010). Relationship between health literacy, reading comprehension, and risk for sexually transmitted infections in young women. *Journal of Adolescent Health 46*, 506-508.
- Hoffman, S., Marsiglia, F. F., Nevarez, L., & Porta, M. (2017). Health literacy among youth in Guatemala city. *Social Work in Public Health, 32*(1), 30-37.
- Homsin, P., Srisuphan, W., Pohl, J. M., Tiansawad, S., & Patumanond, J. (2009). Predictors of early stages of smoking uptake among Thai male adolescents. *Thai Journal of Nursing Research, 13*(1), 28-42.

- Honghui, R. X. C., Jose, M., Garcia, L. Z., Lu, L., Jian, F., Mingshan, L., P, H., Xinlu, D., Junli, Y., Ya, W., Ting, L., Jun, L., & Ji-an, C. (2017). *Survey of health literacy level and related influencing factors in military college students in Chongqing, China: A cross-sectional analysis*. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177776>
- Huber, J. T., Shapiro Ii, R. M., & Gillasp, M. L. (2012). Top down versus bottom up: The social construction of the health literacy movement. *Library Quarterly*, 82(4), 429-451.
- Jordan, J., Burchbinder, R., & Osborne, R. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient and Education Counseling*, 79(1), 36-42.
- Julawong, O., & Srikanok, W. (2014). Development of HIV prevention motivation model for promoting healthy behavioral changes in conscripts of the ninth of battalion infantry. *Journal of Education and Practice*, 4(1), 18-32.
- Kickbusch, L., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *The solid facts health literacy*. Denmark: World Health Organization.
- Konstantine, K., Weld, D. P., Richard, R., Sandra, C., & Garmon, B. (2009). Health literacy rates in a sample of active duty military personnel. *Military Medicine*, 174(11), 1137-1143.
- Kwan, B., Frankish, J., & Rootman, I. (2006). *The development and validation of measures of "health literacy" in different populations*. Vancouver: University of British Columbia.
- Li, C. Y., Lee, O., Shin, G. S., & Li, X. W. (2009). Health literacy and health status of Korean-Chinese elderly people living in Yanbian China. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(3), 386-392.
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F., & Chen, Y. L. (2015). Relation between health literacy, health-related behavior and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 12(8), 9714-9725.
- Mackert, M., Champlin, S. E., Holton, A., Munoz, I. I., & Damasio, M. J. (2014). Health and health literacy: A research methodology review. *Journal of Computer-mediated communication*, 19, 516-528.
- Manganello, J. A. (2008). Health Literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.

- McCarthy, D., Waite, K., Curtis, L., Engel, K., Baker, D., & Wolf, D. (2012). What did the doctor say? health literacy and recall of medical instructions. *Medicine*, *50*(4), 277-282.
- Meesiri, S. (2004). *Data for HIV policy, planning, program, and strategy management. Asia Pacific/ South Asia HIV/ AIDS policy workshop*. n. p..
- Mi-Hsiu, W. (2014). The associations between health literacy, reasons for seeking health information, and information sources utilized by Taiwanese adults. *Health Education Journal*, *73*(4), 423-434.
- Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, *99*, 1079-1086.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, *6*(7), e1000097.
- Nanako, N., Shuhei, I., & Kosuke, C. Y. (2018). Stress underestimation and mental health literacy of depression in Japanese workers: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, *262*, 221-228.
- Needham, H. E., Wiemann, C. M., Tortolero, S. R., & Chacko, M. R. (2010). Relationship between health literacy, reading comprehension, and risk for sexually transmitted infections in young women. *Journal of Adolescent Health*, *46*, 506-508.
- Needham, D. M., & Korupolu, R. (2010). Rehabilitation quality improvement in an intensive care unit setting: Implementation of a quality improvement model. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *17*(4), 271-281.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, D.C.: Institute of Medicine.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into 21 Century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* *67*(12), 2072-2078.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

- Osborn, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health, 13*, 1-17.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior, 31*(SUPPL. 1), 19-26.
- Parker, R. M. (2000). The Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot, 15*(17), 277-291.
- Primack, B. A., & Hobbs, R. (2009). Association of various components of media literacy and adolescent smoking. *American Journal of Health Behavior, 33*(2), 192-201.
- Rahimi, A., Dabbaghi, F., & Mahmoudi, G. (2017). Assessment and comparison of health literacy and its application in health promotion of Nurses in Medical Sciences University of West Country. *Annals of Tropical Medicine and Public Health, 10*(4), 891-896.
- Rong, H., Cheng, X., Garcia, J. M., Zhang, L., Lu, L., Fang, J., & Chen, J. (2017). *Survey of health literacy level and related influencing factors in military college students in Chongqing, China: A cross-sectional analysis*. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177776>
- Rootman, I. (2002). *Health literacy and health promotion*. Retrieved from http://www.ohpe.ca/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=175
- Sasha, A., Flearya, P. J., & Jessica, E. P. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence, 62*, 116-127.
- Shanghai Declaration. (2016). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for Sustainable*. Retrieved from http://doh.hpc.go.th/data/HL/ShanghaiDeclaration_2016_thai.pdf
- Sharif, I., & Blank, A. E. (2010) Relationship between child health literacy and body in dexinoverweight children. *Patient Education and Counseling, 9*, 43-48.
- Shephard, R. J., & Shek, P. N. (2000). Immune dysfunction as a factor in heat illness. *Critical Reviews in Immunology, 19*, 285-302.
- Shima, C., Mahin, G., Simin, J., & Bahman, C. (2018). The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 6*(1), 5-12.

- Sorensen, K., & Pleasant, A. (2017). Understanding the conceptual importance of the differences among health literacy definitions *Studies in Health Technology and Informatics*, 1(240), 3-14.
- Sorensen, K., Broucke, V. D., Fullam, S., Doyle, J., Pelikan, G., Slonska, J., Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., Xie, R., & Chang, C. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: A pathway model. *BMC Public Health*, 13(1), 1-8.
- Thomacos, N., & Zazryn, T. (2013). *Enliven organizational health literacy self-assessment resource*. Melbourne: Enliven & School of Primary Health Care Monash University.
- Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education and Behavior*, 36(5), 860-877.
- Weld, K. K., Padden, D., Ricciardi, R., & Bibb, S. C. G. (2009). Health literacy rates in a sample of active duty military personnel. *Military Medicine*, 174(11), 1137-1143.
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Kanter, E., & Buller, H. (2018). Health literacy: Exploring nursing challenges to providing support and understanding. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(1), 53-61.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Health promotion glossar*. Geneva: WHO Publications.
- Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 628-638.
- Xinying, S., Yuhui, S., Qingqi, Z., Yanling, W., Weijing, D., Nanfang, W., & Chun, C. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: A pathway model. *BMC Public Health*, 13, 261.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ โดยมีแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ (10 ข้อ)

ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ (6 ข้อ) เป็นการสำรวจข้อมูลสุขภาพทั่วไป

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (82 ข้อ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้นักเรียนกรอกแบบสอบถาม ตามที่แนบมานี้ โดยมีต้องระบุชื่อนามสกุล ในการตอบ และข้อมูลที่ตอบจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

น.ต.หญิงเสาวภา ดงหงษ์ ร.น.

นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ใช้เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยในด้านต่าง ๆ

ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ

ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการได้รับข้อมูลสุขภาพพื้นฐานที่สำคัญและ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน (สำหรับข้อมูลที่ต้องการคำตอบเดียว) หรือ () (สำหรับข้อมูลที่ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. สมรส/ คู่ 3. หม้าย/ หย่า/ แยก 4. อื่น ๆ

3. ศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. ไม่นับถือศาสนาใด 5. อื่น ๆ ระบุ.....

4. การศึกษาสูงสุด (ก่อนเข้าเป็นทหาร)

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 5. อนุปริญญา/ ปวส. 6.ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพหลักก่อนเป็นทหาร

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ เลย
 2. ไม่มีอาชีพ เนื่องจากอยู่ในระหว่างการศึกษา ในระดับชั้น.....
 3. ประกอบอาชีพ ระบุ.....

6. ก่อนเป็นทหาร ท่านมีรายได้เฉลี่ยไม่ว่าจะได้จากการทำงาน หรือจากพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง โดยประมาณต่อเดือน หรือต่อวัน (ในกรณีที่ไม่ได้เป็นรายเดือน) เท่าใด

1. มีรายได้เป็น รายเดือน จำนวนบาท ต่อเดือน
 2. มีรายได้เป็น รายวัน จำนวนบาท ต่อวัน
 3. ไม่มีรายได้ที่แน่นอน

7. การรู้หนังสือ

7.1 การอ่าน 1. อ่านไม่ได้ 2. อ่านไม่คล่อง 3. อ่านได้คล่อง7.2 การเขียน 1. เขียนไม่ได้ 2. เขียนไม่คล่อง 3. เขียนได้คล่อง

8. หน่วยงาน ของท่านมีสิ่งเหล่านี้หรือไม่ (โดยตามนำ) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ไฟฟ้า () 2. โทรทัศน์ () 3. วิทยุ AM/FM () 4. จานดาวเทียม/ เคเบิล
() 5. คอมพิวเตอร์ () 6. โทรศัพท์มือถือถ้ามี กรุณาระบุ ยี่ห้อ และรุ่นที่ท่านใช้.....

9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากช่องทางใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ไม่เคยได้รับข้อมูลจากใครเลย
() 2. โทรทัศน์ () 3. วิทยุ () 4. หนังสือพิมพ์/ วารสาร () 5. ไลน์
() 6. เฟสบุค () 7. อินเทอร์เน็ต () 8. แพทย์ () 9.

พยายาม

() 10. เพื่อน () 11. แวดวงคนเข้า () 12. อื่น ๆ ระบุ.....

10. การหาข้อมูลสุขภาพของท่านอย่างไร สอบถามข้อมูลจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. แพทย์ () 2. พยาบาล
() 3. เจ้าหน้าที่พยาบาล () 4. เพื่อน
() 5. อื่น ๆ ระบุ.....

ค้นหาข้อมูลจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 6. อินเทอร์เน็ต () 7. ไลน์
() 8. เฟสบุค () 9. หนังสือ/ หนังสือพิมพ์/ วารสาร
() 10. อื่น ๆ ระบุ.....**ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ**

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
2. ส่วนสูง ส่วนสูง..... เซนติเมตร
3. เส้นรอบเอว.....เซนติเมตร (วัดผ่านสะดือ)
4. ความดันเลือดโลหิต.....มม.ปรอท.
5. โรคประจำตัว

ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว (วินิจฉัย) จากแพทย์ว่าเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 1. ไม่เคยตรวจ 2. เคยตรวจในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาแต่ไม่พบโรค

3. เคยตรวจแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ระบุ.....(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 3.1 ความดันเลือดสูง () 3.2 เบาหวาน
 () 3.3 ไขมันในเลือดผิดปกติ () 3.4 โรคหลอดเลือดหัวใจ
 () 3.5 โรคอัมพฤกษ์/ อัมพาต () 3.6 โรคถุงลมโป่งพอง
 () 3.7 โรคหอบหืด () 3.8 โรคมะเร็ง
 () 3.9 ข้อเข่าเสื่อม () 3.10 ไมเกรน
 () 3.11 กรดไหลย้อน () 3.12 โรคอื่น ๆ ระบุ.....

6. สิทธิ และสวัสดิการทางสุขภาพ (ก่อนเข้าเป็นทหาร) ท่านมีสวัสดิการ หรือมีสิทธิในการรักษาพยาบาลอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. บัตรทอง () 2. ประกันสังคม () 3. สวัสดิการข้าราชการ
 () 4. สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ () 5. ประกันเอกชน () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสำรวจต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การทบทวนซักถาม การตัดสินใจ และการเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในคำถามแต่ละข้อให้เลือกคำตอบเดียว ที่ตรงกับท่านมากที่สุด

HLS-TH-Q							
	การเข้าถึงข้อมูล ใน 45 วันที่ผ่านมา จากข้อความ ด้านล่าง ท่านตอบได้ว่า.....	ทำได้ ง่าย มาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยาก มาก	ทำ (คั่น) ไม่ เป็น	เชื่อว่าทำ ได้แต่ยัง ไม่เคย ทำ
1	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลว่า จะต้องทำอะไรเมื่อประสบกรณี ฉุกเฉินทางการแพทย์ เช่น พบคน ตกน้ำ พบคนหมดสติ	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.
2.	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับ อาการ หรือความเจ็บป่วยที่ต้อง รีบไปโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.

HLS-TH-Q							
3.	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้นหรือการฉีดวัคซีน ที่ควรได้รับ	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.
4.	.....					
5.	.....					
8.	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ เกี่ยวกับการบริการเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ ๆ (เช่น	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6.

	ความเข้าใจ ท่านมีความเข้าใจในสิ่ง ต่อไปนี้ระดับใด	เข้าใจ ง่าย มาก	เข้าใจ ง่าย	เข้าใจ ยาก	เข้าใจ ยากมาก	ไม่รู้	ไม่เกี่ยวข้อง
9.	เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่หมอได้พูด กับท่าน	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล
10.	เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่พยาบาล ได้พูดกับท่าน	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล
11.	เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่อาสาสมัคร สาธารณสุข(อสม./ อสส./ อสค.) ได้พูดกับท่าน	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล
12.	.....					
13.	.....					
21.	เข้าใจบริการสุขภาพที่ออกมา ใหม่ ๆ เช่น กำไลปรับสมดุล การผ่าตัดเทคนิคใหม่ ๆ	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล

	ทบทวน ท่านทำสิ่งต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน?	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย ทำ	ไม่กล้า ทำ	ไม่คิด จะทำ	ไม่เกี่ยวข้อง
22.	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้ จากแพทย์	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล/ มีคนอื่นทำให้
23.	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้ จากพยาบาล	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล/มีคนอื่น ทำให้

	ทบทวน ท่านทำสิ่งต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน?	ทุก ครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย ทำ	ไม่กล้า ทำ	ไม่คิด จะทำ	ไม่เกี่ยวข้อง
24.	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้ จากเภสัชกร	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล/มีคนอื่น ทำให้
25.	.....					
26.	ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้ จากเพื่อนทหาร	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล/มีคนอื่น ทำให้

	ซักถาม ท่านทำสิ่งต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน?	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่ เคย ทำ	ไม่ กล้า ทำ	ไม่คิด จะทำ	ไม่เกี่ยวข้อง
27.	ท่านทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพที่ได้จาก สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก อินตาแกรม	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล/ มีคนอื่นทำให้
28.	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การทำให้สุขภาพแข็งแรง จากแพทย์	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล/ มีคนอื่นทำให้
29.	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การทำให้สุขภาพแข็งแรง จากพยาบาล	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล/ มีคนอื่นทำให้
30.	.....					
31.	.....					
39.	ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิ ค่าใช้จ่าย และข้อสงสัย ต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ที่ โรงพยาบาล/สถานพยาบาล	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. มีคนอื่นทำ หรือจัดการ เรื่องสิทธิให้

	ตัดสินใจ โปรดระบุความยากง่าย ในการตัดสินใจในเรื่อง ต่อไปนี้(ภายใน 45 วัน)	ง่าย มาก	ง่าย	ยาก	ยาก มาก	อยู่เฉย ๆ ไม่ ทำ อะไร	ไม่เกี่ยวข้อง/ ไม่เคยได้รับ ข้อมูล
40.	หลังจากได้ข้อมูลเรื่อง การออกกำลังกาย ทำให้ท่าน ตัดสินใจได้ว่าท่านควร ออกกำลังกายอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล

	ตัดสินใจ โปรตระบุความยากง่าย ในการตัดสินใจในเรื่อง ต่อไปนี้(ภายใน 45 วัน)	ง่าย มาก	ง่าย	ยาก	ยาก มาก	อยู่เฉย ๆ ไม่ ทำ อะไร	ไม่เกี่ยวข้อง/ ไม่เคยได้รับ
41.	หลังจากได้ข้อมูล เรื่อง การรับประทานอาหารที่ดีต่อ สุขภาพทำให้ท่านตัดสินใจได้ ว่าท่านควรเลือกซื้อ หรือปรุง อาหารอย่างไร	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล
42.	หลังจากได้ข้อมูล เรื่องวิธีการ คลายเครียด ทำให้ท่าน ตัดสินใจได้ว่าท่านควรทำ กิจกรรมอะไร เพื่อลด ความเครียด	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล
43.	.....					
44.	.....					
46.	หลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับ การเกิดเหตุฉุกเฉิน ไม่ว่าจะ จะเป็นกรณีอุบัติเหตุ หรือ เจ็บป่วย ท่านสามารถปฏิบัติ ตามได้อย่างมั่นใจ	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่เคยได้รับ ข้อมูล

	การเปลี่ยนพฤติกรรม โดยทั่วไป ใน 45 วัน ที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตัวในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่ ยากง่ายระดับใด	ทำได้ ง่าย มาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยาก มาก	ไม่ทำ	ไม่ เกี่ยวข้อง/ ไม่เคยพบ เหตุการณ์
47.	กินอาหาร ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	
48.	กินผักผลไม้เพิ่มขึ้น	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	
49.	กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	

	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยทั่วไป ใน 45 วัน ที่ผ่านมา ท่านปฏิบัติตัวในเรื่องต่อไปนี้ หรือไม่ ยากง่ายระดับใด	ทำได้ ง่าย มาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยาก มาก	ไม่ทำ	ไม่ เกี่ยวข้อง/ ไม่เคยพบ เหตุการณ์
50.	.....					
51.	.....					
82.	ปฏิบัติ หรือส่งเสริมให้ผู้หญิง 30-60 ปี เข้าระบบการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกอย่าง น้อย 5 ปีครั้งในกรณีปกติ	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 6. ไม่มีหญิง ที่รู้จัก ในช่วง อายุนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน
มากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

1. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่

1. ไม่เคย (จบแบบสอบถาม)

2. เคย (ข้ามไปทำข้อ 2)

2. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก.....ปี

ในปัจจุบันท่านสูบบุหรี่มากน้อยเพียงใด (เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น)

1. ทดลองสูบ 1-4 มวนเท่านั้นในชีวิต

2. เคยสูบบุหรี่มาแล้วประมาณ 5-100 มวนเท่านั้นในชีวิตและไม่ได้สูบบอกอีกเลย

ในปัจจุบัน

3. ปัจจุบันสูบบุหรี่เป็นบางครั้งเท่านั้น เช่น เมื่ออยู่ร่วมกับเพื่อน เมื่อไปงานเลี้ยงหรือ

เมื่อไปเที่ยว

4. ปัจจุบันสูบบุหรี่เป็นประจำทุกสัปดาห์

5. ปัจจุบันสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

4. ถ้าท่านสูบบุหรี่หรืออยู่ในปัจจุบัน ท่านคิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า

1. ไม่เคยคิดเลย

2. ไม่แน่ใจ

3. เลิก

แน่นอน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ () ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ ซึ่งมีเกณฑ์เลือกตอบดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์

1. การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน

() เลิกเด็ดขาด () หยุดชั่วคราว () ยังดื่มอยู่

2. การดื่มแอลกอฮอล์ในระยะ 1 เดือน

() ไม่เคย () 1-2 วัน () 3-5 วัน () 6-9 วัน () > 10 วัน

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท x ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวตามเกณฑ์ดังนี้

ตัวอย่างเช่น

ข้อความ	0	1	2	3	4
1. คุณดื่มสุราบ่อย เพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละ ครั้งหรือ น้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์

ข้อความ	0	1	2	3	4
1. คุณดื่มสุราบ่อย เพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละ ครั้งหรือ น้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์
2. เลือกตอบเพียง ข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่ม ประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดั้ม มาตรฐาน	3-4 ดั้ม มาตรฐาน	5-6 ดั้ม มาตรฐาน	7-9 ดั้ม มาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดั้ม มาตรฐานขึ้นไป
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดั้มประมาณ เท่าไรต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง/ 3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวด
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดั้มประมาณ เท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	¼ แบน	½ แบน	¾ แบน	1 แบนขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงไร ที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือ เหล้าวิสกี้ 3 เป๊ก ขึ้น ไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
4. ในช่วงหนึ่งปีที่	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า	เดือนละ	สัปดาห์ละ	ทุกวันหรือ

ข้อความ	0	1	2	3	4
แล้ว มีบ่อยครั้ง เพียงไร ที่คุณพบว่า คุณไม่ สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไป แล้ว		เดือนละ ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	เกือบทุกวัน
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่ คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณ ควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่ม สุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่ คุณต้องรีบดื่มสุรา ทันที ในตอนเช้าเพื่อจะได้ ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมา ค้างจากการดื่มหนัก ในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละ ครั้ง	เดือนละ ครั้ง	สัปดาห์ละ ครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน

ข้อความ	0	1	2	3	4
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อขเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อขเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
10. เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง แสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	ทุกครั้ง	ไม่แน่ใจ
7. ในระยะ 45 วันที่ผ่านมา ท่านใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนแต่ละประเภทย่อยครั้งแค่ไหน				
8. ในระยะ 45 วันที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะก่อนหรือระหว่างการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่				
9. ในระยะ 45 วันที่ผ่านมาท่านเคยเสพสารเสพติด (ยกเว้นบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ในระยะก่อนหรือระหว่างการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ

คำชี้แจง ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอ หนี้สิน ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษ หากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของท่านได้ ขอให้ท่านลองประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 45 วันที่ผ่านมา	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม					

ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) คือ หน่วยอ้างอิงของจำนวนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด โดยจะบ่งชี้ถึงขนาดของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ผสมอยู่ในเครื่องดื่มซึ่งเกณฑ์จะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ประเทศไทยของเราใช้มาตรฐานเดียวกันกับประเทศออสเตรเลียคือ 1 ดื่มมาตรฐานจะมีปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์จำนวน 10 กรัม ซึ่ง 1 ดื่มมาตรฐานสามารถทำให้เกิดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดได้ประมาณ 15-20 mg%, โดย 1 ดื่มมาตรฐานเทียบเท่ากับเครื่องดื่มต่อไปนี้

เบียร์สิงห์ไลท์แคน	เบียร์ลีโอแคน ขนาด	เบียร์สิงห์ขนาด	เบียร์ไฮนาเกิน
เบียร์ 3.5%	เบียร์ 5%	เบียร์ 5%	เบียร์ 5%
1 กระป๋อง = 1 drink	¾ กระป๋อง = 1 drink	¾ กระป๋อง = 1 drink	¾ กระป๋อง = 1 drink
1 ขวด = 2.5 drink	1 ขวด = 2.5 drink	1 ขวด = 2.5 drink	1 ขวด = 2.5 drink
			

เบียร์อาซาฮีแกน	เบียร์ เชียร์ (Cheers)	เบียร์ช้าง
เบียร์ 5%	เบียร์ 5%	เบียร์ 5%
$\frac{3}{4}$ กระป๋อง = 1 drink	$\frac{3}{4}$ กระป๋อง = 1 drink	$\frac{3}{4}$ กระป๋อง = 1 drink
1 ขวด = 2.5 drink	1 ขวด = 2.5 drink	1 ขวด = 2.5 drink
		

เหล้าแมงโง	เหล้าหงษ์ทอง	เหล้าแสงโสม	เหล้าเมริเดียน
			
เหล้าแดง 35%	เหล้าแดง 35%	เหล้าแดง 35%	เหล้าแดง 35%

เหล้าเบลน 285	เหล้าคราวน์ 99	เหล้ามังกรทอง
---------------	----------------	---------------

		
เหล้าแดง 35%	เหล้าแดง 35%	เหล้าแดง 35%

1 แบน = 350 cc. 1 แบน = 12 DRINK ½ แบน = 6 DRINK ¼ แบน = 3 DRINK	1 ขวด = 7000 cc. 1 ขวด = 24 DRINK ½ ขวด = 12 DRINK ¼ ขวด = 6 DRINK
---	---

- เหล้าขาว (40%) 1 เป๊ก / ตอง / กิ่ง (50 cc) = 1.5 DRINK
- น้ำขาว อู กระแช่ (Alcohol 10%) 3 เป๊ก / ตอง / กิ่ง (50 cc) = 1 DRINK
- สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง (Alcohol 6%) 4 เป๊ก / ตอง / กิ่ง (50 cc) = 1 DRINK
- เหล้าปั่น (เหล้าผสมน้ำหวานกลิ่นผลไม้ผสมใส่น้ำแข็ง) (Alcohol 40%) 3 sh
= 1.5 DRINK



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของทหารกองประจำการ จังหวัดชลบุรี
Factors Related to Health Literacy of the Royal Thai Navy Conscripts Chonburi Province

ชื่อนิสิต น.ศ.หญิงเสาวภา ดงหงษ์ ร.น.

รหัสประจำตัวนิสิต 60920057 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

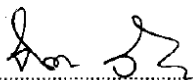
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 11 - 07 - 2562
โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ทหารกองประจำการใหม่ จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 364 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล
ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.)
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2563

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 8 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วิชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจง

(พลทหารกองประจำการ)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ
จังหวัดชลบุรี

รหัสจริยธรรมการวิจัย 11 – 07 - 2562.....

ชื่อผู้วิจัย น.ต.หญิงเสาวภา ดงหงษ์ ร.น.

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทย เนื่องจากพลทหารกองประจำการเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ พลทหารใหม่ กองประจำการที่ศูนย์ฝึกหน่วยนาวิกโยธิน (นย.) และศูนย์ฝึกหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง (สอ.รฝ.) ผลัดที่ 2/ 2562 ในเขต อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้วิจัยเข้าร่วมทั้งสิ้นจำนวน 364 นาย และเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562

เมื่อพลทหารใหม่ เข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่พลทหารใหม่ จะต้องปฏิบัติ คือ ร่วมฟังคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรูปแบบการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย หากนักเรียนยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจึงให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และต้องตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ เช่น แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ แบบสอบถามพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ และแบบประเมินความเครียด เป็นต้น จำนวน 1 ชุด ให้ความเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับคือ ข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลทหารกองประจำการ กองทัพเรือ จังหวัดชลบุรีต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยท่านสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบ และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ท่านตอบเป็นความลับโดยไม่ต้องใส่ชื่อ-นามสกุลจริง ในแบบสอบถาม แต่เขียนรหัสแทนบนหัวมุมของกระดาษ และจะเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังจากจบการศึกษาและผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ที่ น.ต.หญิงเสาวภา ดงหงษ์ ร.น.หมายเลขโทรศัพท์ 083-592-4519 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-896-5950

น.ต.หญิงเสาวภา ดงหงษ์ ร.น.

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับพลทหารกองประจำการ

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลทหาร
กองประจำการ จังหวัดชลบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(น.ต.หญิงเสาวภา ดงหงษ์ ร.น.)



ภาคผนวก

การวิเคราะห์ข้อมูลและตาราง

ตารางที่ 14 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าถึงข้อมูล

ปัจจัย	ค่า <i>r</i>	<i>p</i> -value
1. อายุ	-.137**	.009
2. ระดับการศึกษา	-.015	.782
3. ฐานะทางครอบครัว	.090	.085
4. ความเครียด	-.150**	.006
5. การสูบบุหรี่	-.145**	.004
6. การดื่มแอลกอฮอล์	-.249**	.000
7. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	-.238**	.000

** *p*-value < .01

ตารางที่ 15 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเข้าใจ

ปัจจัย	ค่า <i>r</i>	<i>p</i> -value
1. อายุ	-.081	.123
2. ระดับการศึกษา	-.007	.888
3. ฐานะทางครอบครัว	.159**	.002
4. ความเครียด	-.159**	.002
5. การสูบบุหรี่	-.196**	.000
6. การดื่มแอลกอฮอล์	-.312**	.000
7. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	-.204**	.000

** *p*-value < .01

ตารางที่ 16 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ในมิติการโต้ตอบชักถาม

ปัจจัย	ค่า r	p -value
1. อายุ	-.106*	.044
2. ระดับการศึกษา	-.063	.229
3. ฐานะทางครอบครัว	.147**	.005
4. ความเครียด	-.202**	.000
5. การสูบบุหรี่	-.164**	.002
6. การดื่มแอลกอฮอล์	-.250**	.000
7. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	-.213**	.000

** p -value < .01

ตารางที่ 17 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการตัดสินใจ

ปัจจัย	ค่า r	p -value
1. อายุ	-.032	.543
2. ระดับการศึกษา	-.004	.943
3. ฐานะทางครอบครัว	.1	.057
4. ความเครียด	-.093	.076
5. การสูบบุหรี่	-.165**	.002
6. การดื่มแอลกอฮอล์	-.220**	.000
7. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	-.108	.039

** p -value < .01

ตารางที่ 18 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ

ปัจจัย	ค่า r	p -value
1. อายุ	-.07	.183
2. ระดับการศึกษา	-.053	.318
3. ฐานะทางครอบครัว	.136**	.009
4. ความเครียด	-.133	.011
5. การสูบบุหรี่	-.098	.062
6. การดื่มแอลกอฮอล์	-.191**	.000
7. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	-.289**	.000

** p -value < .01

ตารางที่ 19 คะแนนวิเคราะห์รายข้อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในแต่ละมิติ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD
มิติการเข้าถึงข้อมูล		
1. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลว่าจะต้องทำอะไรเมื่อประสบกรณี ฉุกเฉินทางการแพทย์ เช่น พบคนตกน้ำ พบคนหมดสติ	3.04	0.934
2. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ หรือความเจ็บป่วย ที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล	3.22	0.879
3. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเช็คสุขภาพเบื้องต้น หรือการฉีดวัคซีน ที่ควรได้รับ	3.14	0.892
4. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจาก โรคติดต่อต่าง ๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ท้องร่วง	3.18	0.834
5. ท่านสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการทำให้สุขภาพแข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารที่เหมาะสม	3.21	0.755
6. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด ที่เหมาะสม (วิธีการที่ทำให้สุขภาพจิตใจ)	3.17	0.823

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD
7. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ เกี่ยวกับยา เครื่องสำอาง สมุนไพร อาหารเสริม	3.12	0.871
8. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ เกี่ยวกับการบริการ เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ ๆ (เช่น การผ่าตัด เทคนิคใหม่ๆ เครื่องวัดความดัน สายรัดข้อมืออัจฉริยะ) มิติการเข้าใจ	3.13	0.837
9. เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่หมอได้พูดกับท่าน	3.20	0.707
10. เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่พยาบาลได้พูดกับท่าน	3.04	0.835
11. เข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม./ อสส./ อสค.) ได้พูดกับท่าน	3.12	0.794
12. เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่เพื่อนทหาร ได้พูดกับคุณ	3.15	0.822
13. เข้าใจกับเอกสารที่ได้มากับยาที่ซื้อเองหรือที่ได้รับจาก โรงพยาบาล	3.21	0.803
14. เข้าใจข้อมูลจากสื่อสาธารณะ (โทรทัศน์ วิทยุ) สื่อออนไลน์ (เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก อินตาแกรม) หรือป้ายประกาศว่าจะต้องทำอะไรบ้างเมื่อประสบกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์	3.18	0.769
15. เข้าใจคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรเรื่องวิธีการใช้ยา ที่แพทย์กำหนด	3.15	0.816
16. เข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณถึงควรได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ	3.24	0.780
17. เข้าใจว่าเพราะเหตุใดคุณถึงจำเป็นต้องได้รับวัคซีน	3.17	0.855
18. เข้าใจคำเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพว่าสำคัญและจำเป็น อย่างไร เช่น การมีกิจกรรมทางกายคำเตือนไม่สูบบุหรี่ หรือการดื่ม แอลกอฮอล์ที่มากเกินไป	3.28	0.757
19. เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้สุขภาพจิตดี	3.20	0.794

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD
20. เข้าใจฉลากยา เครื่องสำอาง อาหารเสริม สมุนไพร เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย	3.21	0.773
21. เข้าใจบริการสุขภาพที่ออกมาใหม่ๆ เช่น กำไลปรับสมดุล การผ่าตัดเทคนิคใหม่ๆ มิติการโต้ตอบซักถาม	3.08	0.846
22. ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากแพทย์	3.18	0.796
23. ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากพยาบาล	3.03	0.879
24. ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากเภสัชกร	3.14	0.846
25. ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./ อสส./ อสค.)	3.15	0.813
26. ท่านทบทวนข้อมูลที่ได้จากเพื่อนทหาร	3.15	0.845
27. ท่านทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้จาก สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก อินตาแกรม	3.16	0.836
28. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การทำให้สุขภาพแข็งแรง จากแพทย์	3.08	0.890
29. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การทำให้สุขภาพแข็งแรง จากพยาบาล	3.12	0.777
30. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ การทำให้สุขภาพแข็งแรง จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./ อสส./ อสค.)	3.12	0.849
31. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ โรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จากแพทย์	3.16	0.788
32. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ โรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จากพยาบาล	3.20	0.797

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD
33. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ โโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรค จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./ อสส./ อสค.)	3.12	0.854
34. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหาร เสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากแพทย์	3.18	0.769
35. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหาร เสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากพยาบาล	3.10	0.919
36. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เช่น ยา อาหารเสริม เครื่องสำอาง สมุนไพร) จากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม./ อสส./ อสค.)	3.11	0.867
37. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิ ค่าใช้จ่าย และข้อสงสัยต่าง ๆ จากแพทย์	3.11	0.839
38. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิ ค่าใช้จ่าย และข้อสงสัยต่าง ๆ จากพยาบาล	3.17	0.837
39. ท่านซักถามข้อมูลเกี่ยวกับ สิทธิ ค่าใช้จ่าย และข้อสงสัยต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาล/ สถานพยาบาล มติดการตัดสินใจ	3.20	0.832
40. หลังจากได้ข้อมูลเรื่อง การออกกำลังกาย ทำให้ท่านตัดสินใจ ได้ว่าท่านควรออกกำลังกายอย่างไร	3.35	0.682
41. หลังจากได้ข้อมูล เรื่องการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพทำ ให้ท่านตัดสินใจได้ว่าท่านควรเลือกซื้อ หรือปรุงอาหารอย่างไร	3.26	0.804
42. หลังจากได้ข้อมูล เรื่องวิธีการคลายเครียด ทำให้ท่านตัดสินใจ ได้ว่าท่านควรทำกิจกรรมอะไร เพื่อลดความเครียด	3.32	0.889

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD
43. หลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษา ทำให้ท่าน ตัดสินใจได้ว่าท่านต้องจัดการตนเองอย่างไร เพื่อทำตามแผน การรักษาอย่างครบถ้วน	3.20	0.793
44. หลังจากได้ข้อมูล เรื่องอาหารเสริม สมุนไพรทำให้ท่าน ตัดสินใจได้ว่าท่านควรเลือกใช้อย่างไร	3.19	0.814
45. หลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้ท่านตัดสินใจได้ว่า ท่านจะจัดการตนเองอย่างไร เพื่อใช้ยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน	3.20	0.791
46. หลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดเหตุฉุกเฉิน ไม่ว่าจะป็นกรณี อุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วย ท่านสามารถปฏิบัติตามได้อย่างมั่นใจ มิตการเปลี่ยนพฤติกรรม	3.21	0.759
47. กินอาหาร ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม	3.31	0.752
48. กินผักผลไม้เพิ่มขึ้น	3.30	0.750
49. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่	3.32	0.828
50. ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.29	0.871
51. ล้างมือให้สะอาด ก่อนและหลัง กินอาหาร	3.27	0.899
52. ดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน	3.38	0.760
53. กินอาหารให้ครบทั้งเนื้อสัตว์ ผัก ข้าว ผลไม้ และสับเปลี่ยน รายการอาหาร โดยไม่จำเป็นต้องกินอาหารเสริม	3.27	0.842
54. ออกแรงเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อ วันเว้นวัน	3.37	0.726
55. แปร่งฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยครั้งละ 2 นาที	3.27	0.816
56. แปร่งฟันวันละ 2 ครั้ง	3.35	0.783
57. งดกินอาหารหลังแปร่งฟัน 2 ชั่วโมง	3.29	0.818

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD
58. อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับ เครื่องสำอาง โดยคู่มือมี เครื่องหมายรับรองมาตรฐานการผลิตที่ดี (GMP)	3.36	0.753
59. อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร หรือผลิตภัณฑ์ ลดความอ้วน โดยคู่มือมีเครื่องหมายมาตรฐานการผลิตที่ดี (GMP)	3.17	0.907
60. อ่านและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับ อาหารเสริมสุขภาพหรือ สมุนไพร โดยคู่มือมีเครื่องหมายมาตรฐานการผลิตที่ดี (GMP)	3.23	0.874
61. ค้นคว้าตรวจสอบผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เครื่องสำอาง เครื่องมือทางการแพทย์ วัตถุอันตรายจากแหล่งที่เชื่อถือได้และรู้ว่า ร้องเรียนได้ที่ใด	3.16	0.919
62. รักษาสิ่งแวดล้อมด้วยการลดปริมาณขยะ (ลดการใช้โฟมและ พลาสติกที่ใช้แล้วทิ้ง ใช้ภาชนะที่เหมาะสมกับการบรรจุอาหารแทน อาหารร้อนจัดต้องใส่วัสดุที่เหมาะสม ใช้ถุงผ้าหรือกระเป๋าแทน พลาสติก)	3.30	0.779
63. เก็บโรงนอนไม่ให้รกร	3.38	0.767
64. เก็บขยะ	3.50	0.722
65. ปิดภาชนะเก็บน้ำให้มิดชิด	3.47	0.644
66. กำจัดฝุ่นและควันในโรงนอน	3.46	0.717
67. งดการเผาขยะ ลดการจุกจุกไม่สูบบุหรี่ในโรงนอน	3.42	0.797
68. ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศอย่างถูกวิธี	3.36	0.749
69. ปลุกต้นไม้ช่วยลดมลพิษ	3.25	0.800
70. ปรับโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ	3.32	0.770

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD
71. ปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์ เกสัชกร และเภสัชกรหากต้องใช้ยา ปฏิชีวนะและยาที่ทำให้เสพติด (ยาแก้ปวด หรือยาแก้ไอบางชนิด) ได้	3.34	0.716
72. ดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้น ด้วยยาสมุนไพรในงานสาธารณสุข มูลฐาน ยาสามัญประจำบ้านทั้งแผนปัจจุบันและ แผนโบราณ และใช้ยาเท่าที่จำเป็น	3.27	0.786
73. ใส่หมวกนิรภัย เมื่อใช้จักรยานยนต์	3.33	0.758
74. ขับรถยนต์ไม่เกิน 60 กม.ต่อ ชม ในพื้นที่เขตเมือง	3.33	0.740
75. คาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อใช้รถยนต์	3.36	0.757
76. ไม่ขับรถยนต์ หรือจักรยานยนต์ เมื่อง่วง เหนื่อยล้า หรือเมา	3.35	0.759
77. หากเราพบคนตกน้ำ ให้ช่วยด้วยวิธี “ตะโกน โยน ยื่น” และโทร 1669 ห้ามจับอุ้มพาดบ่า/ กอดท้อง/ ห้อยหัว เพื่อเอาน้ำออก ต้องช่วยด้วยการเป่าปากสลับกับการกดนวดหัวใจ	3.28	0.801
78. ห้ามหญิงตั้งครรภ์ขี่เครื่องคี่ที่มีแอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้คลอด ก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ หรือเกิดมาพิการ มีพัฒนาการผิดปกติ	3.04	0.999
79. ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องเล่น ให้อยู่ในสภาพดีก่อนให้เด็กเล่นและ ดูแลให้เล่นอย่างปลอดภัย	3.08	1.047
80. ส่งเสริมให้เด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี ทุกคนได้รับการประเมินพัฒนาการ และฉีดวัคซีนตามที่ควรได้รับ	3.05	1.165
81. ปฏิบัติ หรือส่งเสริมให้ผู้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถตรวจเต้านม ด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งเพื่อเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม	2.92	1.369
82. ปฏิบัติ หรือส่งเสริมให้ผู้หญิง 30-60 ปี เข้าระบบการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 5 ปีครั้งในกรณีปกติ	2.87	1.394

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นาวาตรีหญิงเสาวภา ดงหงษ์ รณ.
วัน เดือน ปี เกิด	20 กันยายน พ.ศ. 2520
สถานที่เกิด	จังหวัดปราจีนบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	99/ 54 หมู่บ้านนาวิเฮาท์ 41 หมู่ 7 ตำบลบางเสวี อำเภอเสตืหีบ จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2542-2563 พยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอกทั่วไปและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2542 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ (สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล) พ.ศ. 2556 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รุ่นที่ 9 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2564 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	รางวัลชนะเลิศ EMS RALLY (เพื่อพัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน) ระดับจังหวัดชลบุรี