

บทที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ตำบลสถาน อำเภอนนอย จังหวัดน่าน ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีความครอบคลุมเนื้อหาในการทำการศึกษาดังนี้

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อต่อไปนี้ พัฒนาการ คำนิยามและความหมาย องค์ประกอบของ Health literacy Health literacy มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ การพัฒนา Health Literacy การสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพ และเครื่องมือและการวัด Health Literacy

2.1.1 คำนิยามและความหมาย

1. องค์การอนามัยโลก (1998) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) ได้ให้นิยาม Health literacy ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความไว้ว่า “ทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้ และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”

2. คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association: AMA (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมดซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ”

3. โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People, 2010 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) ซึ่งประกาศใช้ใน ปี ค.ศ. 2000 นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานหรือ ข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

4. สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา (Institute of Medicine: IOM, 2004, อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) นิยามว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยัง

ขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้านที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

5. ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) นิยามว่า “ทักษะทางปัญญา และทางสังคมซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในทางที่ส่งเสริม และรักษาสุขภาพที่ดี” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556)

6. ซาร์คาโดลาส และคณะ (Zarcadoolas, Pleasant & Greer, 2005 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) นิยามว่า “ทักษะที่ครอบคลุมความสามารถของบุคคล ในการประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำแนวความคิดที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556)

7. เพลียเซน และคูรูวิลลา (Pleasant & Kuruvilla, 2008 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556)

8. อิชิคาว่า และคณะ (Ishikawa et al., 2008 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) นิยามว่า “ความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์และใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม”

9. ศูนย์ยุทธศาสตร์สำหรับการดูแลสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Health Care Strategies, 2013) นิยามว่า “ระดับที่บุคคล ที่มีความสามารถที่จะได้รับกระบวนการ และเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการ ที่จำเป็นในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสุขภาพ” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556)

10. กองสุกศึกษา (2559) นิยามว่า Health literacy คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้

11. ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นิลไพจิตร (กองสุกศึกษา, 2560) Health literacy หมายถึง ระดับของบุคคล ประชาชน ที่ได้รับหรือเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพและสามารถเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ และบริการสุขภาพที่จำเป็น เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม

คำนิยามและความหมายในเบื้องต้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความหมายครอบคลุมถึง การกระทำด้วยการใช้ทักษะและความสามารถทางปัญญาและทางสังคม ในการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูล ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ ตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสมและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2.1.2 องค์ประกอบของ Health literacy

แนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ประกอบด้วย 3 ระดับดังนี้

ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับ พื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็น สำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา

การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจา จากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 Communicative/Interactive Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้น การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นความรู้เท่าทันทางปัญญา (cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 Critical Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ คือ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพหรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพของตนเอง

แนวคิดของ คิกบัสช์ (kickbusch, 2001 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ให้ความสำคัญกับการศึกษา เพราะทำให้ประชาชนสามารถอ่านออกเขียนที่เป็นทักษะพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพในระยะยาว มีการเสนอระดับการวัดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งถูกพัฒนามาจาก องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam และมีการปรับให้มีความชัดเจน ในการวัดมากขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ (Access to information and knowledge) 2) ความสามารถในการใช้ภาษาในการกรอกแบบแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ (informed consent) 3) ทักษะการเจรจาต่อรอง (Negotiating skill) เพื่อจะได้มีทางเลือกในการรักษาที่ห่างไกลจากความเสี่ยง

แนวคิดของ ลี, อาซูลลาห์ และโช (Lee, Arozullah, & Cho, 2004 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกันและการตรวจสุขภาพ และ 4) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพไม่ดีไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค มาไปตรวจร่างกาย และไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์โดยปัจจัยเหล่านี้ ทำให้ล่าช้าในการแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล

แนวคิด ซาร์คาโดลาส, พลีแซนต์ และเกียร์ (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2005 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ศึกษาเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรู้หนังสือต่ำ สุขภาพไม่ดีและความตายที่เกิดขึ้น จากข้อมูลทางระบาดวิทยาในประเทศสหรัฐอเมริกา และเสนอองค์ประกอบขององค์ความรู้ด้านสุขภาพไว้ 4 ด้าน คือ

ความรู้พื้นฐาน เป็นระดับความสามารถในการอ่าน การพูด การเขียน และการแปลความหมายของตัวเลข

ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ เป็นระดับความสามารถด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รวมไปถึงการรับรู้ของกระบวนการของวิทยาศาสตร์บางส่วน ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทางวิทยาศาสตร์ขั้นพื้นฐาน 2) ความสามารถในการเข้าใจความซับซ้อนทางเทคนิค 3) ความเข้าใจในเทคโนโลยี 4) ความเข้าใจของความไม่แน่นอนทางวิทยาศาสตร์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การอ่านออกเขียนได้ของประชาชน เป็นความสามารถที่ช่วยให้ประชาชนตระหนักถึง

ปัญหาตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 2) ความรู้ในกระบวนการประชาสังคมและภาครัฐ 3) การรับรู้ว่าการตัดสินใจสุขภาพของแต่ละบุคคลสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

ความรู้ทางวัฒนธรรม เป็นความสามารถในการรับรู้และใช้ความสามารถเชิงทางสังคมเพื่อการตีความและดำเนินการเก็บข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการรับรู้และทักษะในส่วนผู้สื่อสารของกรอบข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อรองรับความเข้าใจด้านทางวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพของวิทยาศาสตร์ข้อมูลด้านสุขภาพและการกระทำของแต่ละบุคคล

แนวคิดของ รุทแมน และรอนสัน (rootman & ronson, 2005 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก ได้แก่ การรู้หนังสือทั่วไป (General literacy) เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวณ การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และการตัดสินใจ

การรู้หนังสือด้านอื่น ๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น แนวคิดนี้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) กับการรู้หนังสือ (Literacy) ในด้านอื่น ๆ ได้แก่ การรู้หนังสือด้านทั่วไป เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น โดยการรู้หนังสือที่ต่ำและสูงในทุกด้านจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรง ได้แก่ การใช้ยาที่ถูกต้องตามคำสั่งของแพทย์ ความสม่ำเสมอของการทานยา การปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัย ส่วนผลทางอ้อมอันเกิดจากความสามารถในการรู้หนังสือ อาจจะไม่เห็นผลตรง ๆ แต่กลับมีผลต่อสุขภาพตามมาอย่างมาก ได้แก่ ความเครียด สิ่งแวดล้อมในการทำงาน รายได้ การรู้จักเลือกใช้บริการ

แนวคิดของ ปาเช-ออเลา และวูลฟ (Paascha-Orlow & Wolf, 2007 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) “Integrated Model of Health Literacy” ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) เข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบการดูแลสุขภาพ (Access and utilization of health care) 2) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้บริการสุขภาพ (Provider-patient interaction) และ 3) การดูแลตนเอง (self-care)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะถูกกำหนดโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินโดยปัจจัยทั้งสาม ได้แก่ การเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบดูแลสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้บริการสุขภาพ และการดูแลตนเอง มีอิทธิพลที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะเข้าใช้บริการสุขภาพ ใช้วิธีพูดคุยโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง

แนวคิด แมนกานีลโล (Manganello, 2008 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทร กำแหง, 2560) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งกลุ่มนี้มักใช้บริการหรือเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพน้อย จึงต้องมีการทำงานเชิงรุกในการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นความสำคัญ เพื่อจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และสูงอายุ วัยรุ่นปัจจุบัน มีการใช้สื่อเทคโนโลยีมากขึ้น ดังนั้นเพื่อให้เข้าถึงและได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจึงได้กำหนดไว้ 4 องค์ประกอบคือ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional) เป็นความสามารถในการอ่านและเขียน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive) เป็นความสามารถในการอ่านและเขียนได้และมีทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมทำกิจกรรมด้านสุขภาพ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical) เป็นความสามารถในการประเมินข้อมูลด้าน

สุขภาพ และ 4) ระดับการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ และการประเมินข้อมูลจากสื่อสารมวลชน

แนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดการพัฒนามาจากการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้ มีรากฐานมาจากการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนสุขภาพที่ดีขึ้น

แนวคิดของ แวกเนอร์ และคณะ (Wagner et al., 2009 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ได้อธิบายความสามารถในการใช้ความรู้ทักษะ และการคำนวณ เมื่อบุคคลจะต้องแก้ปัญหา (Ability to rely on literacy and numeracy skills when they are required to solve problems) กรอบแนวคิดนี้ พัฒนามาจากรูปแบบของการรู้คิดทางปัญญาและสังคม (Social cognition models) เพื่ออธิบายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของทักษะพื้นฐาน เช่น การอ่าน การคำนวณ ที่ใช้สำหรับแปลความหมายทำความเข้าใจกับข้อความต่าง ๆ ซึ่งมีความจำเป็นระดับของความรู้คิดในขั้นที่สูงขึ้น

แนวคิดของ ชิน และคณะ (Chin et al., 2011 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) “Process-Knowledge Model of health” ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพ (Processing capacity) คือ ปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และ 3) ความรู้เฉพาะเรื่อง (Specific health knowledge) เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายกระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลวัยผู้ใหญ่

แนวคิดของ เอดเวิร์ด และคณะ (Edwards et al., 2012 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) “The Health Literacy Model” ประกอบด้วย 1) ความรู้ทางสุขภาพ (Health knowledge) 2) ประสิทธิภาพในการสืบหาและใช้ข้อมูลสารสนเทศ (Active information seeking and use) 3) ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Actively communicating with health professionals) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skills) 5) การแสวงหาและการเจรจาต่อรองเลือกในการรักษา (Seeking and negotiating treatment options) 6) การตัดสินใจ (Decision making) มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Influences on health literacy) และ 7) ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy outcomes)

แนวคิดของ โซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al., 2012 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) “Integrated model of health literacy” ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) เป็นความสามารถที่จะแสวงค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) การเข้าใจ (Understand) เป็นความสามารถที่จะแสวงค้นหาและรับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 3) การประเมิน (Appraise) เป็นความสามารถในการอธิบาย การตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) เป็นความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง

แนวคิด ออสบอร์ และคณะ (Osborne et al., 2013 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพทั่วไปสำหรับประชาชนทุกกลุ่มมี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) รู้สึกเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Feeling understood and supported by healthcare providers) 2) ข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอในการจัดการสุขภาพตนเอง (Having sufficient information to manage my health) 3) ความกระตือรือร้นในการจัดการสุขภาพของตนเอง (Actively managing my health) 4) แรงสนับสนุนทางด้านสุขภาพ (Social support for health) 5) ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ (Appraisal of health information) 6) ความสามารถในการเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (Ability to actively engage with healthcare providers) 7) การแสวงหาข้อมูลระบบบริการสุขภาพ (Navigating the healthcare system) 8) ความสามารถในการหาข้อมูลด้านสุขภาพ (Ability to find good information) 9) เข้าใจความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในการอ่านและการเขียนข้อมูลด้านสุขภาพ (Understanding health information well enough to know what to do)

แนวคิดของกองสุศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2559)

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

คุณลักษณะสำคัญ

1. เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา
2. ค้นหาข้อมูลที่ต้องการ
3. สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

คุณลักษณะสำคัญ

1. มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ
2. สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ
3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

คุณลักษณะสำคัญ

1. สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ
2. สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

คุณลักษณะสำคัญ

1. กำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี
2. ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือก วิธีการปฏิบัติ

3. สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 5 การจัดการตนเอง (self-management) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

คุณลักษณะสำคัญ

1. สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ
2. สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้
3. มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

คุณลักษณะสำคัญ

1. ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ
2. เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น

3. ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

จากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 20 แนวคิด ที่กล่าวมาสามารถจำแนกเป็นองค์ประกอบ ได้ตั้งแต่ 3 ถึง 9 องค์ประกอบ ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามเนื้อหาและบริบท โดยมักจะกำหนดเป็นระดับให้สามารถวัดและประเมินระดับได้

2.1.3 Health literacy มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ

Health literacy มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรอง โรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ Health literacy มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556)

หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับ Health literacy ต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง

จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพงทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ (WHO, 2009 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556)

จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนจะต้องมี Health literacy ซึ่งเป็นทักษะที่จะช่วยให้บุคคลแสวงหาและใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่าควรมีการพัฒนา Health literacy ให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานสุขภาพศึกษาและกิจกรรมการสื่อสาร ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษาทำให้เกิดการพัฒนา Health literacy โดยตรง

สามารถสรุปได้ว่า Health literacy มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประชาชนควรมีระดับ Health literacy ที่สูง ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนา Health literacy เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

2.1.4 เครื่องมือและการวัด Health Literacy

เครื่องมือที่ใช้การวัด Health Literacy ที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้แล้วจากต่างประเทศและในประเทศที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ตัวอย่าง ดังนี้

2.1.4.1 แบบประเมินการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy : REALM) พัฒนาขึ้นโดยเดวิสและคณะ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วย ในหน่วยบริการปฐมภูมิ การให้สุขภาพศึกษา และหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ โดยเครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้สำหรับประเมินการอ่านคำศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบประเมินการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่หรือ REALM ประกอบไปด้วยคำจำนวน 125 คำ ที่นำมาใช้ทดสอบโดยเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยาก ผู้ป่วยจะต้องอ่านคำทั้งหมดโดยอ่านออกเสียงดัง ๆ โดยจะให้คะแนน ตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง คะแนนจำแนกตามระดับการศึกษา ได้แก่ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 3 ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบนี้ประมาณ 3-5 นาที เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม คือ (1) อายุ 0-18 ปี (ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 3) ไม่สามารถอ่านสื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ (2) อายุ 19-44 ปี (ประถมศึกษาปีที่ 4-6) ใช้สื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ ซึ่งไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ (3) อายุ 45-60 ปี (มัธยมศึกษาตอนต้น) สามารถใช้สื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้บ้าง ไม่จำเป็น ต้องใช้สื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำและ (4) อายุ 61-66 ปี (สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น) สามารถอ่านสื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ

2.1.4.2 แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM) เป็นการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น พัฒนาขึ้นโดย เดวิส และคณะ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556)

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้การลดจำนวนข้อให้มีความกระชับมากขึ้น เพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยจะจัดเรียงเป็น 3 คอลัมน์ตามจำนวนพยางค์และความยาก-ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1-2 นาที

2.1.4.3 แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART) พัฒนาโดยฮานสัน-ไดรเวอร์ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) แบบทดสอบนี้ จะมีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์

ลักษณะและวิธีการใช้

มีคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 42 คำ แบบทดสอบถูกออกแบบโดยคำนึงถึงเหตุผลสำคัญที่ต้องการทราบว่าทำไมแต่ละคนไม่สามารถอ่านเครื่องมือได้ ซึ่งได้แก่ คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยาหรือแผ่นพับ การศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 3-5 นาที

2.1.4.4 The Newest Vital Sign (NVS) วิสส์และคณะ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) ได้สร้างเครื่องมือ ที่ชื่อว่า NVS

ลักษณะและวิธีการใช้

ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที มี 6 ข้อคำถามที่ใช้ในการประเมินมาจากหลักการของไอศกรีม โดยจะถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับ NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำ ในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ที่ต่ำ

2.1.4.5 แบบทดสอบ Health Literacy ด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult : TOFHLA) โดยปาร์คเกอร์และคณะ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) เพื่อใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลี ที่มีตัวเลขโดยใช้สื่อสิ่งพิมพ์ที่มาจากหน่วยให้บริการสุขภาพ

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของการทดสอบการอ่านประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจและส่วนของการทดสอบด้านตัวเลขประกอบด้วยรายละเอียดของฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบอ่านและทำความเข้าใจ เป็นข้อความที่มีช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5 - 7 คำ ผู้ถูกทดสอบต้องอ่านและเลือกคำจากตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาทีส่วนที่ทดสอบ ด้านตัวเลขมีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีรวมเวลาที่ใช้ในการ ทำแบบทดสอบประมาณ 22 นาที

2.1.4.6 แบบทดสอบความฉลาดทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult : S-TOFHLA) โดยบาเกอร์ และคณะ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) โดยเป็นแบบทดสอบที่มีการวัดในด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้นเพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล

ลักษณะและวิธีการใช้

เป็นการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาทีรวมทั้งสิ้น 36 รายการ

2.1.4.7 แบบสอบถามคัดกรอง Health Literacy (the Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOHFLA)) โดยชีวและคณะ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556)

ลักษณะและวิธีการใช้

มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เช่น เอกสารนัดหมายที่อ่านและเข้าใจง่าย การได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์ที่เขียนให้อ่านได้และเข้าใจง่าย วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) จำนวน 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่มีเลย ใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2.1.4.8 การประเมินระดับชาติเรื่องการเรียนรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2556) เป็นเครื่องมือวัดระดับ Health Literacy โดยประเมินจากความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบได้ในกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์หรือตารางรถโดยสาร บทบรรณาธิการ) รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพ เช่น ฉลากยา คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอม

ลักษณะและวิธีการใช้

จำนวนข้อคำถามมีทั้งสิ้น 28 ข้อจาก 152 ข้อ และกำหนดให้มีคะแนนตั้งแต่ 0 -500 คะแนน

2.1.4.9 การพัฒนาเครื่องมือวัดระดับความรู้แจ้งแตกฉาน (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร, 2558) กองสุศึกษา ร่วมกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดทำเครื่องมือที่จะใช้วัดระดับการรู้แจ้งแตกฉาน (Health Literacy) และคัดกรองผู้ที่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้

ลักษณะและวิธีการใช้

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ
2. เพื่อวัดความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจ ตัวหนังสือ และตัวเลข
 - ส่วนที่ 1 ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 การอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ จำนวน 66 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข จำนวน 8 ข้อ
3. เพื่อวัดความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูล
 - ส่วนที่ 4 ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ
4. เพื่อวัดผลลัพธ์ที่ใช้ยืนยันการรู้แจ้งแตกฉาน
 - ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์ด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัว จำนวน 36 ข้อ

- ส่วนที่ 6 ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติสื่อสาร การโต้ตอบ กรณีต่าง ๆ จำนวน 17 ข้อ
- ส่วนที่ 7 ผลลัพธ์แสดงระดับการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขในการใช้ จำนวน 11 ข้อ
- ส่วนที่ 8 ผลลัพธ์การปฏิบัติ พฤติกรรม 3อ. 2ส. จำนวน 8 ข้อ

2.1.4.10 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของคนไทยที่มีอายุ อายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุศึกษา, 2558) โดยมีพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. คือ 1 : อาหาร 2 : ออกกำลังกาย 3 : อารมณ์ ส1 : สูบบุหรี่ ส2 : สุรา

ลักษณะและวิธีการใช้

- แบบประเมินประกอบไปด้วย 9 ตอน
- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ
 - ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 10 ข้อ
 - ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 5 ข้อ
 - ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 5 ข้อ
 - ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 5 ข้อ
 - ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 8 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 9 การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ

2.1.4.11 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2559)

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบประเมินประกอบไปด้วย 5 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ
จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 6 ข้อ

**2.1.4.12 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส.
ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 (กองสุศึกษา, 2561)**

ลักษณะและวิธีการใช้

แบบประเมินประกอบไปด้วย 5 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ. 2ส. จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ
ตาม 3อ. 2ส. จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ. 2ส. จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. จำนวน 6 ข้อ

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การ
รับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง
ลำพูน จังหวัดลำพูน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด Health Literacy ของดอน นัทบีม (Nutbeam,
2000 อ้างอิงใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และคณะ 2556) ร่วมกับประยุกต์ใช้จากแบบวัดความรู้แจ้ง
แตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พัฒนาขึ้น
โดย ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร (2558) เนื่องจากการพัฒนาความรู้ด้าน
สุขภาพตามแนวคิดดังกล่าว สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ที่จะเกิดขึ้นและสามารถเป็นแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นและสามารถเป็น
แนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อต่อไปนี้ ความหมายของ
พฤติกรรม องค์ประกอบของพฤติกรรม นิยามและความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของพฤติกรรม

กันยา สุวรรณแสง (2536) อธิบายความหมายของพฤติกรรม ว่าหมายถึง อาการ
บทรบท่า ลีลา ท่าทาง ความประพฤติ การกระทำที่ปรากฏสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือมีฉะนั้นก็
สามารถวัดได้ด้วยเครื่องมือ

ราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้คำจำกัดความหมายพฤติกรรมว่า หมายถึง การกระทำ
หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ปะทีป จินจี่ (2540) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง สิ่งทีบุคคลกระทำ
แสดงออกหรือสนองตอบต่อสิ่งเร้า ที่สามารถสังเกตได้ วัดได้ตรงกัน

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรือไม่สามารถสังเกตได้ ซึ่งสามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้ 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตได้ ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้

คันสนีย์ ต้นตวิวิท (2552) กล่าวถึงพฤติกรรมที่มีความหมายแล้วมีความสอดคล้องกัน คือ พฤติกรรมบางอย่างเราสามารถรับรู้ได้ด้วยอวัยวะรับรู้ความรู้สึก (Sense organ) เช่น เวลาเรยีน นั่ง พูดคุย ดีใจ เสียใจ หรือโกรธ แต่พฤติกรรมบางอย่างเราสังเกตเห็นไม่ได้ อาจรู้ได้โดยมีเครื่องมือวัด พฤติกรรม เช่น เครื่องมือจับเท็จ เราอาจแบ่งพฤติกรรมเป็น 2 แบบ คือ

แบบที่ 1 Special pattern เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการทำงานของร่างกาย หลาย ๆ ส่วนร่วมกัน เช่น การเคลื่อนไหวของนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ เวลาถือของเล็ก ๆ

แบบที่ 2 Temporal pattern เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการทำงานของร่างกาย ต่อเนื่องกัน เวลาที่เรายื่นมือไปหยิบวัตถุ เราต้องใช้สายตามองวัตถุพร้อมกับยื่นมือไปหยิบวัตถุนั้น

คอห์นบาคซ์ (Cronbach, 1963 อ้างอิงใน ณรงค์ บัวบาน, 2556) กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีองค์ประกอบ 7 ประการคือ

1. ความมุ่งหมาย (Goal) เป็นความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ทำให้เกิดกิจกรรม คนเรามีพฤติกรรมเกิดขึ้นก็เพราะต้องการตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือต้องการทำตาม วัตถุประสงค์ที่ตนได้ตั้งไว้ คนเรายังมีความต้องการหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน และมักจะเลือก สอนองตอบความต้องการ ที่รีบด่วนก่อนความต้องการอื่น ๆ

2. ความพร้อม (Readiness) ระดับวุฒิภาวะ หรือความสามารถที่จำเป็นในการ ประกอบพฤติกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการ คนเราจะมีความพร้อมในแต่ละด้านที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้น พฤติกรรมของทุกคนจึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน และไม่สามารถจะประกอบพฤติกรรมได้ทุก รูปแบบ

3. สถานการณ์ (Situation) คนเรายังจะประกอบพฤติกรรมที่ตนเองต้องการ เมื่อ มีโอกาสหรือสถานการณ์นั้น ๆ เหมาะสมสำหรับการประกอบพฤติกรรม

4. การแปลความหมาย (Interpretation) แม้จะมีโอกาสในการประกอบ พฤติกรรมแล้วคนเรายังมักจะประเมินสถานการณ์ หรือคิดพิจารณาก่อนที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ ลงไป เพื่อให้พฤติกรรมนั้นมีความเสี่ยงน้อยที่สุด และสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของเขาได้มากที่สุด

5. การตอบสนอง (Respond) หลังจากได้แปลความหมาย หรือได้ประเมิน สถานการณ์แล้วพฤติกรรมก็จะถูกกระทำ ตามวิธีการที่ได้เลือกในขั้นตอนของการแปลความหมาย

6. ผลที่ได้รับ (Consequence) เมื่อประกอบพฤติกรรมไปแล้วผลที่ได้จากการ กระทำนั้น ๆ อาจจะตรงกับความต้องการ หรืออาจจะไม่ตรงกับความต้องการที่ตนเองได้คาดหวังไว้

7. ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Threat) เมื่อคนเราไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการของตนเองได้ก็จะประสบกับความผิดหวัง ซึ่งเมื่อเกิดความผิดหวังแล้วคน ๆ นั้นก็อาจจะ กลับไปแปลความหมายใหม่ เพื่อที่จะหาวิธีที่จะสนองความต้องการของตนเองใหม่

2.2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรม

เบนจามิน บลูม (Bloom, 1975 อ้างอิงใน ชาญลักษณ์ เยี่ยมมิตร, 2556) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้ หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

2.2.2.1 พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) คือ พฤติกรรมที่มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิดและการพัฒนาทางด้านสติปัญญา จำแนกได้ ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้น เกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ ต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้จะแสดงมาในของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการจำแนก เรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์ หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัย ตีราคาของสิ่งต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้ว

2.2.2.2 พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) คือ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่เป็นพฤติกรรม ที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน แบ่งได้ดังนี้

1. การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือ มีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจในสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วยความตระหนักความยินดีที่ควรรับและการเลือกรับ

2. การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

3. การให้ค่า (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบและการผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

4. การจัดกลุ่มค่านิยม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมและการจัดระบบของค่านิยม

5. การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Value Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยกระตุ้นพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติและการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

2.2.2.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรม ด้านพุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพหรือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคล คือ เป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ดังนั้น ความหมายของพฤติกรรม สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปรากฏสัมผัสได้ รวมทั้งความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เป็นสิ่งที่บุคคลกระทำแสดงออกหรือสนองตอบต่อสิ่งเร้า ซึ่งสามารถสังเกตได้และไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ โดยองค์ประกอบของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ พฤติกรรมด้านความรู้ พฤติกรรมด้านเจตคติและพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

2.2.3 นิยามและความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

นิยามของพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537 อ้างอิงใน มณีรัตน์ ธีระวัฒน์, 2556) นักพฤติกรรมศาสตร์ นักวิชาการ ด้านสาธารณสุขและนักวิชาการสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพได้ให้ความหมายและขอบเขตของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยสรุปแล้วตามแนวคิดเชิงทฤษฎี นักวิชาการส่วนใหญ่มองว่า พฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) พฤติกรรมภายนอก หมายถึง การปฏิบัติด้านสุขภาพที่มองเห็นได้ สังเกตได้ และพฤติกรรมภายในเป็นพฤติกรรมที่ ครอบคลุมปัจจัยด้านจิตวิทยาต่าง ๆ (Psychological factors) ที่สามารถใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาวัดประเมินได้ เช่น ความเชื่อ ความคิดเห็น การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง หรือเป้าหมาย ฯลฯ ซึ่งในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่าปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคล

กองสุศึกษา (2555) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม ซึ่งมีผลมาจากความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตได้และพฤติกรรมภายในที่อาจการเปลี่ยนแปลงโดยสังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ

2.2.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์ของคนไทย (กองสุศึกษา, 2558)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์ของคนไทย คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ในการเสริมสร้างร่างกายและปลอดภัย ปลอดภัย ด้วยการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ การมีสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายถึงการมีน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่หมายถึงการที่เรา

ดูแลตัวเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่เรื่อง การรับประทานอาหารการพักผ่อน การลดหรือเลิกสิ่งบันเทิงสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วย อาทิ โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด เบาหวานและอื่นๆ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เป็นพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่ก่อให้เกิดโรคนั้น ดังนั้น เพื่อป้องกันและลดโรคจึงควรมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องใน 2 ประเด็น คือ (1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในการเสริมสร้างร่างกาย (2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อปลอดโรค ปลอดภัย

2.2.4.1 การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในการเสริมสร้างร่างกาย

1) กินอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำซาก (จำเจ) ควรกินอาหารให้ครบถ้วนตามหลักอาหาร 5 หมู่ แต่ละหมู่กินให้หลากหลายในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวัน ข้อมูลจากสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ดังนี้

หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ ไข่ นมถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ อาหารหลักหมู่นี้ได้สารอาหารโปรตีนเป็นส่วนใหญ่รวมทั้งวิตามินและแร่ธาตุ ซึ่งมีหน้าที่หลักในการทำให้ร่างกายเจริญเติบโตโดยการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ กระดูก สมอง เอนไซม์และใช้เป็นแหล่งของพลังงานร่างกาย เมื่อร่างกายได้รับสารคาร์โบไฮเดรตและไขมันไม่เพียงพอ

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง เผือก มันและน้ำตาล อาหารหมู่นี้ได้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วน ใหญ่ซึ่งมีหน้าที่หลักในการให้พลังงานแก่ร่างกาย เช่น ทำให้เดินได้ ทำงานได้ ถ้ารับประทาน อาหารพวกนี้ในปริมาณเกินความต้องการของร่างกายสารอาหารคาร์โบไฮเดรตจะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปไขมัน และสะสมในร่างกาย

หมู่ที่ 3 ผักต่างๆ เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คะน้า ถั่วฝักยาว ฟักทอง ฯลฯ ผักเป็นอาหารที่มีกากใยสูง ซึ่งกากใยของผักจะไปช่วยขัดขวางการดูดซึมไขมันเข้าสู่ร่างกาย ลดโอกาสที่จะเกิดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ ดีต่อหลายๆส่วน รวมถึง ระบบขับถ่าย ทำให้ขับถ่ายได้เป็นปกติลดการกักเก็บของเสียไว้ในร่างกายนานเกินไป

หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ มะม่วง ขนุน สับปะรด ฝรั่ง เงาะ ฯลฯ ผักและผลไม้เป็นแหล่งของสารอาหารจำพวกวิตามินและแร่ธาตุเช่น วิตามินบี2 วิตามินบี6กรดโฟลิก วิตามินซีวิตามินเอ โปแตสเซียม แมกนีเซียม ทองแดง และแคลเซียม มีหน้าที่หลักในการช่วยให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติและช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย นอกจากนี้ ผักและผลไม้ยังอุดมไปด้วยเส้นใยอาหารและสารพฤกษเคมี(phytochemical) ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งบางชนิดได้

หมู่ที่ 5 ไขมันต่างๆ เช่น ไขมันจากสัตว์และไขมันจากพืชอาหารหมู่นี้จะให้สารอาหารไขมัน ซึ่งมีหน้าที่หลักในการให้พลังงานที่ใช้ประจำวัน และกรดไขมันที่จำเป็นสำหรับร่างกาย ถ้าเรากินอาหารที่มีสารอาหารไขมันเกินความต้องการของร่างกายก็จะถูกเก็บสะสมในรูปไขมันตามส่วนต่างๆ

2) กินผักและผลไม้สดให้หลากหลายสีและเพียงพอ ผักและผลไม้มีประโยชน์มาก เพราะเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุหลายชนิดที่มี ประโยชน์ต่อร่างกายและมีคุณสมบัติของการเป็นแหล่งใยอาหาร ซึ่งเป็นสารที่ช่วยลดการดูดซึมของคอเลสเตอรอลและไขมัน และยังช่วยทำให้ระบบการย่อย ระบบการขับถ่าย ทำงานได้อย่างปกติอีกด้วย นอกจากนี้ผักและผลไม้บางชนิดยังมีสารพิเศษที่ช่วยทำหน้าที่คล้ายยา ป้องกันและรักษาโรคบางชนิด บำบัดและรักษาโรคบางชนิดได้ เช่น ไข่หวัด ร้อนใน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ตาฟาง แผลอักเสบ เหน็บชา เป็นต้น ป้องกันความ

เสื่อมของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย บำรุงสุขภาพ พัฒนาสมองเสริมสร้างความจำ และเป็นอาหารสมองได้เป็นอย่างดี เพราะสารอาหารที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาท มักจะพบได้ในอาหารจำพวกผักใบเขียว ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ

3) กินอาหารไม่หวานจัด การกินน้ำตาลที่มากเกินไปเป็น สาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนเราอ้วนง่าย และทำให้น้ำตาลไหลเวียนอยู่ ในกระแสเลือดนานกว่าปกติส่งผลให้เซลล์ผนังหลอดเลือดถูกทำลายได้ง่าย และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ถ้าไม่อย่างมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ก็ควรลดการกินน้ำตาล ควรปรุงแต่งอาหารแต่พอควร อาหารควรมีหลายอย่าง ไม่จำเป็นต้องปรุงด้วยน้ำตาลก็ควรให้เป็นความหวานอ่อนๆตามธรรมชาติที่ได้จากพืชผักและเนื้อสัตว์ ส่วนของหวานที่นิยมกินหลังอาหาร หรือเป็นของว่างระหว่างมื้อก็ไม่ควรทำให้หวานมาก และควรระวังปริมาณการกินด้วย ร่วมกับการสับเปลี่ยนเป็นกินผลไม้ที่มีตลอดทั้งปี เช่น ฝรั่ง มะละกอ ส้ม เพราะนอกจากจะหาได้ง่าย ราคาไม่แพงแล้ว ยังมีปริมาณน้ำตาลน้อยอีกด้วย สำหรับผลไม้ที่มีเฉพาะ ฤดูกาลมักจะเป็นผลไม้ที่มีปริมาณน้ำตาลสูงกว่า และมีรสหวานจัด เช่น มะม่วงสุก ลำไย เงาะ มะขามหวาน จึงควรกินแต่น้อย งด/ลด เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลทุกชนิด เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำตาลมากเกินไป หลีกเลี่ยงไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภทนี้จะป็นวิธีการดีที่สุด ป้องกันไม่ให้ได้น้ำตาลเข้าสู่ร่างกายมากเกินไป ควรดื่มน้ำเปล่าที่สะอาดเพราะสามารถดื่มได้มากเท่าที่ต้องการ

4) กินอาหารที่ไม่มีไขมันสูง จะไม่ทำให้อ้วนง่าย และไม่ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ จะต้องระวังการกินไขมันไม่ให้มากเกินไป โดยการหลีกเลี่ยงของทอดและอาหารประเภทผัดต่างๆ ที่ใช้น้ำมันมาก เช่น หอยทอด ผัดไท เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบอันตรายจากการใช้น้ำมันที่ทอดซ้ำด้วย มีผลทำให้คอเลสเตอรอลสูงมาก และมีผลเสียต่อหลอดเลือดและหัวใจเป็นอย่างมาก เราจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันที่ทอดซ้ำ เช่น โดนัท ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยวทอด ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด เป็นต้น

5) กินอาหารที่ไม่เค็มจัด เพื่อสุขภาพที่ดีไม่ปรุงอาหารที่มีการเติมเกลือหรือซอสปรุงรส ปริมาณมากๆ ไม่ใส่น้ำปลาพริก ควรชิมอาหารก่อนเติมเครื่องปรุงรสต่างๆ จำไว้เสมอว่าน้ำปลาหรือซีอิ๊ว 1 ช้อนชา มีโซเดียมคลอไรด์ประมาณ 500 มิลลิกรัม อาหารที่ขาดรสเค็มอาจทำให้ไม่น่ากิน แก้ไขโดยการปรุงให้มีรสเปรี้ยวหรือเผ็ด หรือใส่เครื่องเทศต่างๆช่วยให้มีกลิ่นหอม น่ากินมากขึ้น หรือปรุงให้มีสีสนสวยงาม นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการกินอาหารแปรรูป อาหารสำเร็จรูปและกึ่งสำเร็จรูปต่างๆ อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารอบแห้ง ขนมกรุบกรอบ เพราะอาหารเหล่านี้จะมีโซเดียมคลอไรด์สูงกว่าอาหารสดต่างๆ ไป หากจำเป็นต้องกิน ควรอ่านฉลากโภชนาการและเลือกชนิดที่มีปริมาณเกลือหรือโซเดียมน้อยที่สุด

2.2.4.2 การบริโภคอาหารเพื่อปลอดโรค ปลอดภัย

การบริโภคอาหารที่ปลอดโรค ปลอดภัย ด้วยการกินอาหารสุก สะอาด ปราศจากเชื้อโรค และสารเคมี กินอาหารปรุงสุกสะอาดทุกครั้งได้มาตรฐาน ดูนฉลากโภชนาการเป็นอาหารธรรมชาติ มากกว่าดัดแปลง และใช้อุปกรณ์ประกอบอาหารและภาชนะบรรจุที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ สังคมไทยปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสังคมเมืองมากขึ้น มีความเร่งรีบในการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน ทำให้พฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลงไป มีการเลือกบริโภคอาหารปรุงสำเร็จ อาหารพร้อมบริโภค หรือการซื้ออาหารพร้อมปรุงที่มีการจัดเตรียมส่วนประกอบมาปรุงในครัวเรือน หากอาหารที่ซื้อมามีการปนเปื้อน ไม่สะอาด การจัดเก็บถนอมอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เสื่อมสภาพ บุดเสีย ก็จะทำให้ผู้บริโภคเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคโรคพยาธิและ

โรคตับอักเสบ อุจจาระร่วง โรค อาหารเป็นพิษ เป็นต้น รวมถึง อาหารสุกๆ ดิบๆ บ่อยครั้งมีข่าวความเคลื่อนไหวให้ติดตามถึงความปลอดภัยการเจ็บป่วย ทั้งอาหารเป็นพิษ ท้องเสีย ท้องร่วง อีกทั้งการบริโภคอาหารทั้งสุกกึ่งดิบ ยังมีความเสี่ยง ต่อโรคพยาธิต่างๆ ฯลฯ โดยบางรายอาจมีอาการรุนแรงถึงชีวิตและยังฤดูร้อนอากาศอบอ้าวยังมีความเสี่ยงต่อโรคทางเดินอาหาร

ภาชนะบรรจุใส่อาหารก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ต้องใส่ใจ เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญในชีวิตประจำวัน เนื่องจากการบริโภคอาหารทุกมื้อต้องใช้ภาชนะบรรจุอาหารเพื่อช่วยเพิ่มความสะดวกในการบริโภคอาหาร ภาชนะบรรจุอาหารที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ขาม จาน ทั้งที่เป็นเซรามิก แก้ว และพลาสติก เป็นต้น ภาชนะบรรจุอาหารแต่ละชนิดจะมีสมบัติและส่วนประกอบของสารต่างๆแตกต่างกัน การใช้ภาชนะบรรจุอาหารจึงควรเลือกให้เหมาะสมกับการใช้งานและประเภทของอาหาร หากใช้ผิดประเภทอาจนำภัยอันตรายอันเนื่องมาจากสารพิษเจือปนจากภาชนะได้ หากมีการสะสมเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดมะเร็งได้ หรือใช้ภาชนะบรรจุใส่อาหารจากธรรมชาติ เช่น ใบบัวใบตอง เป็นต้น

ดังนั้น หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีตราหรือเครื่องหมายการค้าการรับรองมาตรฐานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการยืนยันได้ในระดับหนึ่งว่า สินค้าเหล่านั้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพว่าได้มาตรฐาน เพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ

2.2.5 พฤติกรรมการออกกำลังกายที่พึงประสงค์ของคนไทย (กองสุศึกษา, 2558)

พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการออกกำลังกาย คือ ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและสุขภาพ ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอจะช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายในหลายด้าน ได้แก่ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบ ภูมิคุ้มกัน ระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การทำงานของสมองมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น และมีผลดีต่อจิตใจสังคม

หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรคำนึงถึงหลัก 4 ประการ (กองสุศึกษา, 2558)

1) ชนิด ชนิดของการออกกำลังกายนั้น มีมากมาย หลายรูปแบบ เช่น ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ การเดิน เป็นต้น การที่จะเลือกรูปแบบไหนต้องให้เหมาะสมกับคนๆนั้น และการออกกำลังกาย จะต้องไม่ส่งผลให้ร่างกายเกิดการบาดเจ็บหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ชนิดของการออกกำลังกายที่ดี ควรจะเป็นแบบที่ผู้ออกกำลังกายชอบและเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

2) ความหนัก ความหนักในการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ถ้าออกกำลังกายโดยมีความหนักไม่เพียงพอ ประโยชน์ที่ได้ก็อาจจะน้อย เช่น อาจจะมีผลกระทบบต่อการเผาผลาญพลังงาน แต่อาจจะได้กระตุ้นให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในทางกลับกันถ้าออกกำลังกายหนักจนเกินไปก็อาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรือเกิดภาวะฉุกเฉินได้ ดังนั้นความหนักในการออกกำลังกายควรจะอยู่ในระดับที่เหมาะสมกับสมรรถภาพและจุดประสงค์ของผู้ออกกำลังกายแต่ละคน การควบคุมความหนักในการออกกำลังกายนั้น สามารถที่จะเลือกวิธีไหนก็ได้ขึ้นอยู่กับความสะดวก และความเหมาะสมกับผู้ออกกำลังกาย โดยทั่วไปความหนักในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับปานกลาง จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพ อย่างไรก็ดีถ้าสามารถออกกำลังกายในระดับปานกลาง และในระดับหนักสลับกันไปในบางครั้ง ประโยชน์ที่จะได้รับก็จะมากกว่าการ ออกกำลังกายในระดับปานกลางแต่เพียงอย่างเดียว

เนื่องจากจะช่วยให้สมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดดีขึ้น และยังจะช่วยให้การดำเนินชีวิตดีขึ้นตามไปด้วย

3) ระยะเวลา ผู้ออกกำลังกายควรใช้เวลาประมาณ 20-60 นาที/ครั้ง ในการออกกำลังกายต่อเนื่อง แต่สำหรับบุคคลที่ไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย สามารถที่จะ แบ่งการออกกำลังกายเป็นช่วงๆได้โดยการสะสม เวลาในการออกกำลังกายให้ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ เช่น ออกกำลังกาย 3 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที ใน 1 วัน เพื่อที่จะรวบรวมให้ได้ 45 นาที การออกกำลังกายโดยใช้เวลาที่สั้นเกินไป เช่น น้อยกว่า 20 นาทีต่อวัน ผู้ออกกำลังกายอาจจะไม่ได้ประโยชน์ จากการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ และในทางตรงกันข้าม ถ้าออกกำลังกายมากเกินไป เช่น มากกว่า 60 นาที/ครั้ง ก็อาจจะมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บได้มากขึ้น ดังนั้น ผู้ออกกำลังกายควรใช้เวลา ในการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามสถานภาพของตนเองและเป้าหมายที่ต้องการ เพื่อให้ได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่

4) ความถี่ ความถี่ในการออกกำลังกายเป็นอีกปัจจัย ที่สำคัญ ถ้าออกกำลังกายน้อยครั้งเกินไปประโยชน์ ที่ได้รับก็จะน้อยลงไปด้วย ในทางตรงข้ามถ้าออกกำลังกายบ่อยจนเกินไป ร่างกายก็อาจจะรับไม่ไหว และอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายได้ โดยทางปฏิบัติแล้วผู้ออกกำลังกาย ควรจะออกกำลังกาย 3-5 วัน/สัปดาห์ ในการเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มที่ 3 วัน ก่อน เมื่อร่างกายแข็งแรงขึ้น จึงค่อยๆเพิ่มจำนวนวันหรือความถี่ของการออกกำลังกาย และสิ่งสำคัญ ผู้ออกกำลังกาย จะต้องไม่หักโหมออกกำลังกายเพื่อหวังประโยชน์ในระยะเวลานั้นๆ เพราะอาจจะส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บได้

2.2.6 พฤติกรรมการจัดการความเครียดที่พึงประสงค์ของคนไทย (กองสุศึกษา, 2559)

พฤติกรรมที่พึงประสงค์การจัดการความเครียด หมายถึง ความสามารถในการป้องกัน และจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์รอบข้าง ด้วยการที่สามารถเลือกวิธี การจัดการความเครียดวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสมกับสุขภาพ สมรรถภาพทางกายและวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน กิจกรรมบันเทิง (ดูหนัง ฟังเพลง) การนวดไทย การนั่งสมาธิ มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นทั้งในครอบครัว เพื่อนร่วมงานหรือชุมชน อย่างสม่ำเสมอและเพียงพอ จะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและป้องกันโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพได้

การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการจัดการความเครียด (กองสุศึกษา, 2559)จะส่งผลที่ดีต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม คือ

2.5.6.1 ผลต่อตนเอง รู้จักและเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ยอมรับตนเองตามความเป็นจริงมีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ตามสังคมอย่างไม่มีเหตุผล มีความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นผู้มี

1) บุคลิกภาพดี โดยมีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี

2) มีความคิดสติปัญญาดี โดยมีสติมีสมาธิ มีการตัดสินใจที่ดีและมีเหตุผลในการทำสิ่งต่างๆ ใช้สติปัญญาได้อย่างเต็มที่

3) มีสุขภาพร่างกายดี โดยมีผลต่อการทำงานของระบบร่างกายควบคุมอารมณ์ได้ ไม่หงุดหงิดและไม่โกรธง่าย

4) มีการเรียนและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเต็มความสามารถมีความรับผิดชอบ มีความกระตือรือร้น ใฝ่รู้ใฝ่เรียน มองเห็นว่าชีวิตมีค่าและมีความหมาย

2.5.6.2 ผลต่อครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดีครอบครัวก็มีความสุขสงบสุขไม่เกิดปัญหาความขัดแย้งต่างๆตามมา

2.5.6.3 ผลต่อสังคม คนในสังคมก็จะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขมีความสุขปลอดภัย อยู่ร่วมกันด้วยความสงบเรียบร้อย รักใคร่ปรองดอง สามัคคีกัน นำพาชาติและบ้านเมืองไปสู่ความร่มเย็นเป็นสุขได้

การมีภาวะเครียดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น ครอบครัว ชุมชน และสังคม การที่ประเทศชาติของเรา ถ้าสมาชิกในสังคมไม่มีภาวะเครียดหรือมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมจะนำมาซึ่งความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทุกคน

2.2.7 พฤติกรรมที่พึงประสงค์การสูบบุหรี่ของคนไทย (กองสุศึกษา, 2559)

คือ การหลีกเลี่ยงการทดลองสูบบุหรี่ (ในกลุ่มไม่สูบ) หรือการลด และ เลิกการสูบบุหรี่ และไม่ควรสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ (ในกลุ่มสูบ) แล้วไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก เพื่อสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง ทั้งโรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อทางตนเอง ครอบครัวและสังคม

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของการสูบบุหรี่ (กองสุศึกษา, 2559) ดังนี้

2.2.7.1 คุณลักษณะของพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

- 1) ต้องไม่สูบบุหรี่
- 2) ต้องหลีกเลี่ยงการทดลองสูบบุหรี่ ในทุกกรณี

2.2.7.2 คุณลักษณะของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ของผู้ที่สูบบุหรี่

- 1) ควบคุมปริมาณของการสูบบุหรี่ (จำนวนมวนที่สูบ/วัน)
- 2) ควบคุมความถี่ของการสูบบุหรี่ (ความบ่อย,จำนวนครั้ง/วัน)
- 3) เลิกการสูบบุหรี่ (หยุดการสูบบุหรี่)

2.2.7.3 ผู้ที่สูบบุหรี่ ไม่ควรสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เพราะกลิ่น/ควันบุหรี่ จะได้ไม่ก่อความรำคาญแก่คนรอบข้าง

2.2.8 พฤติกรรมที่พึงประสงค์การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ของคนไทย (กองสุศึกษา, 2559)

พฤติกรรมการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พึงประสงค์ คือ การหลีกเลี่ยงการทดลองดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์(ในกลุ่มไม่ดื่ม) หรือการลด ละ เลิก การดื่มสุรา(ในกลุ่มดื่ม) ซึ่งกลุ่มดื่มประจำ คือ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำในทุกรอบสัปดาห์ ได้แก่ ดื่ม 1-2 วัน ดื่ม 3-4 วัน ดื่ม 5-6 วัน และ ดื่มทุกวัน กลุ่มดื่มเป็นครั้งคราว คือ ไม่ดื่มประจำในทุกรอบสัปดาห์ ดื่มตามโอกาสสำคัญ เช่น เทศกาลต่างๆ และวันสำคัญของตนเอง และ ครอบครัว และการไม่กลับไปดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อีก เพื่อสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาสังคม ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อทางสังคมในระดับสูง

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

พลอยณณารินทร์ ราวินิจ และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม (2559) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุง ในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอลำดวน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษา พบว่า จากการคำนวณหาความสัมพันธ์ โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปร พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุง คือ เพศ หญิงและพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 9.83 เท่า ของเพศชาย ($OR_{adj}=9.83$, 95% CI=3.45-27.99) สถานภาพคู่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 12.54 เท่า ของผู้ที่สถานภาพโสด ($OR_{adj}=12.54$, 95% CI=1.31-120.27) คะแนนการสนับสนุนด้านการประเมิน พบว่า เมื่อคะแนนลดลงทุกๆ 1 เท่า จะทำให้เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 2.85 เท่า ($OR_{adj}=2.85$, 95% CI=1.08-7.54) และผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 20 นาที มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง 4.35 เท่า ของผู้ที่ออกกำลังกายมากกว่า 20 นาที ($OR_{adj}=4.35$, 95%CI=1.91-9.88) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการป้องกันการเกิดภาวะอ้วนลงพุงคือ ผู้ที่ประกอบ อาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชนมีโอกาสลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 87 ของผู้ที่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ($OR_{adj}=0.13$, 95% CI=0.02-0.67)

ณรงค์ พันธุ์ศรี (2558) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วน ตำบลเมืองยาง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนัก และการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุภาพ พุทธิปัญญา (2560) ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมลดน้ำหนัก ของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมลดน้ำหนัก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 94.74 พฤติกรรมลดน้ำหนักในระดับสูงร้อยละ 100 และน้ำหนักหลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ณิชารัตน์ นฤมลต์ (2558) ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัด นครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.69$, S.D. = 0.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ส่วนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.22$, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอาหาร และด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย 3)

ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.136^*$, $p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พรฤดี นิธิรัตน์, นันทวัน ใจกล้า, ราตรี อร่ามศิลป์ และคณะ (2556) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่อ้วนและมีไขมันในเลือดสูง ในจังหวัดจันทบุรี : กรณีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง หลังเข้าร่วมโปรแกรมน้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.34$, $df = 31$, $p = 0.026$) นอกจากนั้นรอบเอวเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.55$, $p < 0.001$) เช่นเดียวกัน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 96.2 มีความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมตามที่แนะนำอย่างต่อเนื่อง ในระดับมากขึ้นไปและทุกคนมีความพึงพอใจพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมในระดับมากขึ้นไป