

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในอาสาสมัครสาธารณสุข

จารุมนต์ ชีโนรโส*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในอาสาสมัครสาธารณสุข เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยส่งแบบสอบถามไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขใน 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 350 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า มีระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.85, ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 40, ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.71, ด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.85, ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.85, ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40 และพฤติกรรมการป้องกันเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.28 ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.519$)

คำสำคัญ : ความฉลาดทางสุขภาพ, การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด, อาสาสมัครสาธารณสุข

Relationship between Health Literacy and Preventive Behavior for Cardiovascular Disease among Health Volunteers

Jarumon Chinoraso MD.*

Abstract

The objective of this study was to explore relationship between health literacy and behavioral prevention and control of cardiovascular diseases among the public health volunteers. The questionnaire surveys were conducted among 350 public health volunteers from 16 District Health Promotion Hospitals in Mueng District, Chonburi Province between January 2018 and March 2018. Data were analyzed using frequency, percentage and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

The results were as follows : health literacy on cognitive performance was in high level (44.85 percent),

* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี

* Department of Social medicine, Chonburi Hospital

health literacy on information access and health services was in low level (40 percent), on communication skill was in moderate level (45.71 percent), on decision-making was in high level (46.85 percent), on self-management was in moderate level (42.85 percent), and on media literacy was in moderate level (40 percent). For the prevention and control of cardiovascular disease, the majority of the volunteers had behavioral prevention and control of cardiovascular diseases in moderate level (36.28 percent). For the relationship between health literacy and behavioral prevention and control of cardiovascular disease, there was a positive relationship with statistical significance of 0.05 and the correlation coefficient of 0.519

Keywords : Health Literacy, Prevention of Cardiovascular disease, Public health volunteers

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease, CVD) เป็นกลุ่มของความผิดปกติที่เกิดกับหลอดเลือดและหัวใจ จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคน สำหรับอัตราตายจากโรคหัวใจความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองในไทยประมาณปีละ 37,000 ราย เปรียบเทียบกับในสหรัฐอเมริกาซึ่งมีผู้ป่วยใหม่ที่เป็น Acute Myocardial Infarction มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี¹ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบว่าในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดชลบุรี, ระยอง, จันทบุรี, ฉะเชิงเทรา, ตราด และจังหวัดสมุทรปราการ มีผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดแบ่งตามช่วงอายุดังนี้ อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 84 คน, อายุ 15-39 ปี จำนวน 540 คน เสียชีวิต 2 คน, อายุ 40-49 ปี จำนวน 1,523 คน เสียชีวิต 5 คน, อายุ 50-59 ปี จำนวน 4,636 คน เสียชีวิต 6 คน, อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19,702 คน เสียชีวิต 146 คน ผู้ป่วยรายใหม่มีทั้งสิ้น 90 คน^{2,3} ในภาคส่วนตำบลสถานที่ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน และผู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือที่เรียกว่า อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง มีจำนวนทั้งสิ้น 2,749 คน⁴ มีการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด⁵ สิ่งมีชีวิตที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้าน

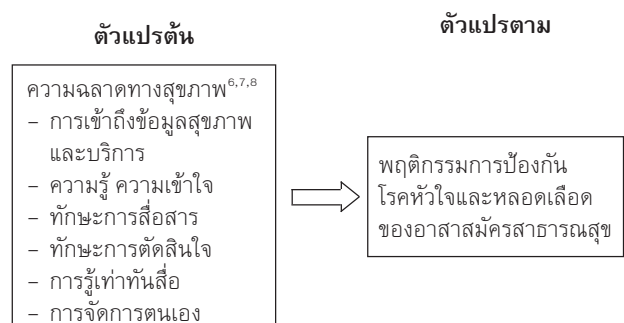
สุขภาพ คือ ความฉลาดทางสุขภาพ หากประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพสูง การป้องกันโรคย่อมสูงขึ้น ทำให้ลดอัตราการเกิดโรคลงได้

การวิจัยนี้จึงดำเนินขึ้นเพื่อศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อันจะนำไปสู่การวางแผนในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุข และเป็นการประเมินถึงความฉลาดทางสุขภาพของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคคลโดยรวมตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปยังระดับภูมิภาคต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในอาสาสมัครสาธารณสุขเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในอาสาสมัครสาธารณสุข
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในอาสาสมัครสาธารณสุข

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข ประชากร คืออาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 2,746 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติครบตามเงื่อนไขข้างต้นจะไม่ถูกเปิดเผยชื่อตัวและชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานอยู่ในงานวิจัยหรือในที่สาธารณะ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ 5%

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 350 คน แบ่งจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยกระจายให้จำนวนพอดีกันในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการเทียบแบ่งการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบฟอร์มเอกสารแสดงความยินยอมอาสาสมัครวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าว
2. แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ เรื่องการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด^{9,10} มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับการอบรมเรื่องหัวใจและหลอดเลือด

เลือด

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เกี่ยวกับหลักการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ ได้ศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง และความเป็นปรนัยของข้อคำถาม ในเบื้องต้นด้วยตนเอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา (Wording) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการทดสอบเครื่องมือกับประชาชนในเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีสภาพแวดล้อมการใช้ชีวิตคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbrach's alpha coefficient ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.8391

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ค้นหาจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 จากเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้จำนวนทั้งสิ้น 2,746 คน

2. ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้จำนวนทั้งสิ้น 350 คน แบ่งการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิเป็นสัดส่วนทั้ง 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ออกแบบและสร้างแบบสอบถามพร้อมแบบฟอร์มเอกสารแสดงความยินยอมอาสาสมัครวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว

4. ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 16 แห่ง ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

5. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 1 เดือน
6. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ ลงรหัส ตรวจสอบรหัส นำข้อมูลเข้าเครื่องและทำการบรรณาธิการด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อเตรียมพร้อมวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขวิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ สำหรับความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้านและพฤติกรรมทางสุขภาพในการป้องกันโรค การประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้ ความเข้าใจ จากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ Mean ± ½ S.D.¹¹ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี หมายถึง คะแนนอยู่ใน Mean ± ½ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ใน ช่วง Mean ± ½ S.D.

ระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึง Mean - ½ S.D.

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองทั้ง 16 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้เข้าร่วมทั้งหมด 350 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.4 และมีอายุเฉลี่ย 55 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 40.1 อาชีพรับจ้างร้อยละ 33.1 รายได้มากที่สุด คือ 5,000–10,000 บาท ร้อยละ 42.2 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 11 ปี เคยได้รับการอบรมเรื่องหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 60.8 จำนวนครั้งที่อบรม 2 ครั้งและครั้งสุดท้ายที่อบรมพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 29.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง (n=350)

ข้อมูลทั่วไปอาสาสมัครสาธารณสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	96	25.6
หญิง	254	74.4
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	136	40.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	70	20.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	65	18.1
ปริญญาตรี	48	12.5
ปวส./อนุปริญญา	25	6.1
สูงกว่าปริญญาตรี	6	3
อาชีพ		
รับจ้าง	113	33.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	93	27.4
แม่บ้าน	93	27.4
เกษตรกร	20	5.4
อื่นๆ	14	3.6
บ้านานู	9	1.6
ข้าราชการ	8	1.5
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	76	22.0
5,000–10,000 บาท	144	42.2
10,001–15,000 บาท	63	17.8
15,001–20,000 บาท	35	9.3
มากกว่า 20,000 บาท	32	8.4
การอบรม		
เคยได้รับการอบรมเรื่องหัวใจและหลอดเลือด	213	60.8
ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องหัวใจและหลอดเลือด	137	39.2
ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 11 ปี จำนวนครั้งที่อบรมโดยเฉลี่ย 2 ครั้ง และครั้งสุดท้ายที่อบรมพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 29.2		

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 44.85 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 40 ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.71 ด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 46.85 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.85 ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 (ตารางที่ 2) และมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.28 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดจำแนกตามระดับความฉลาดทางสุขภาพแต่ละด้าน (n=350)

ระดับความฉลาดทางสุขภาพแต่ละด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านความรู้ความเข้าใจ		
ระดับดี	175	44.85
ระดับปานกลาง	125	35.71
ระดับไม่ดี	50	14.28
Mean=7.35 S.D.=1.677		
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
ระดับดี	130	37.14
ระดับปานกลาง	80	22.85
ระดับไม่ดี	140	40
Mean=2.796 S.D.=0.412		
ด้านการสื่อสาร		
ระดับดี	115	32.85
ระดับปานกลาง	160	45.71
ระดับไม่ดี	75	21.43
Mean=3.064 S.D.=0.643		
ด้านการตัดสินใจ		
ระดับดี	164	46.85
ระดับปานกลาง	92	26.28
ระดับไม่ดี	94	26.85
Mean=3.20 S.D.=1.205		
ด้านการจัดการตนเอง		
ระดับดี	100	28.57
ระดับปานกลาง	150	42.85
ระดับไม่ดี	100	28.57
Mean=3.115 S.D.=0.523		
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ		
ระดับดี	110	31.42
ระดับปานกลาง	140	40
ระดับไม่ดี	100	28.57
Mean=3.163 S.D.=0.6125		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดจำแนกตามระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (n=350)

ระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	123	35.14
ระดับปานกลาง	127	36.28
ระดับไม่ดี	100	28.57
Mean=1.648 S.D.=0.396		

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.519$) และมีการจำแนกความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพแต่ละด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในทุกด้าน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพในภาพรวม กับพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข

ความฉลาดทางสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคหัวใจ และหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข	p-value
ความฉลาดทางสุขภาพ ในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน	0.519 (**)	0.001
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.479 (**)	0.001
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	0.285 (**)	0.001
ด้านการสื่อสาร	0.572 (**)	0.001
ด้านการตัดสินใจ	0.405 (**)	0.001
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.577 (**)	0.001
ด้านการจัดการตนเอง	0.437 (**)	0.001

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

สมมุติฐานของงานวิจัยครั้งนี้ คือ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จากการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก ที่ระดับปานกลางกับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.519$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aaby และคณะ¹² ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเทียบกับสภาพทางสุขภาพในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเจ็บหน้าอกและหลอดเลือดสมองพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพนั้นสัมพันธ์กับสภาพทางสุขภาพและพฤติกรรมทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และควรพิจารณาถึงการใช้กิจกรรมในการกำบังกันโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย

หากวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยจำแนกเป็นรายด้านของความฉลาดทางสุขภาพพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.479$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rolls และคณะ¹³ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด

พฤติกรรมทางป้องกันโรคค่อนข้างดีโดยเฉพาะเรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย สูบบุหรี่และสุรา แต่เรื่องความฉลาดทางสุขภาพ พบว่ายังให้นิยามได้ไม่ชัดเจน มองว่าเป็นประเด็นความรู้ที่จะ ให้นำเนื้อหาเรื่องการสอนเป็นส่วนใหญ่

สำหรับความฉลาดทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.285$) สอดคล้อง กับงานวิจัยของ Kim และคณะ¹⁴ ศึกษาโดยการสำรวจใน ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและพักรักษาที่โรงพยาบาล ใช้แบบสอบถาม 32 ข้อเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับปัจจัย เสี่ยงของโรคหัวใจ พบว่า ความตระหนักในปัจจุบันเสี่ยงของ ประชากรผิวดำและประชากรสเปนและโปรตุเกสมีการเข้าถึง องค์ความรู้ที่ต่ำมาก เมื่อพิจารณาคุณค่าเฉลี่ยรายข้อพบว่า ข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านทราบและรับรู้ข้อมูลทุกครั้งที่มี การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดภายในชุมชนที่ท่านดูแล แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีการแจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบ เกี่ยวกับอาการหรือกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด อาสาสมัครสาธารณสุขจะเข้าร่วมเป็นอย่างดี ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ท่านศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับวิธี การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดจากอินเทอร์เน็ต โดย พบว่าต่ำสุดในบรรดาข้อทั้ง 6 ด้านในข้อเดียวกัน แสดงให้ เห็นว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยใช้อินเทอร์เน็ตในการหา ความรู้ทำได้ไม่ดี

ด้านการสื่อสารพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ ปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจ และหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.572$) สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพเรื่องการสื่อสาร ขององค์การอนามัยโลก¹⁵ ว่าพื้นฐานความรู้ของบุคคลเป็น ทักษะที่สามารถจะพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่างๆ โดยมีการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ นำมาปรับเปลี่ยนข้อมูลสื่อสาร และพัฒนาตนเองทำให้เกิดความรู้และความสามารถที่ เกี่ยวข้อง เมื่อผนวกกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ได้รับการ ฝึกฝนให้มีทักษะในการจัดระเบียบและชี้แนะชุมชน สังคม/ การพัฒนาทักษะการเจรจาและการจัดการตนเองทำให้เกิด ผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพเมื่อพบกับ สถานการณ์จริงในการตัดสินใจ จากการวิจัยหากพิจารณา รายข้อจะพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านเคยได้ฟัง คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จากบุคคล ต่างๆ แล้วพบว่าท่านมีความเข้าใจเนื้อหา

ด้านการตัดสินใจพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก

ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค หัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.405$) ซึ่งสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านการ สื่อสาร หากมีความฉลาดทางสุขภาพด้านการสื่อสาร ด้าน การจัดการที่ดีจะนำไปสู่การตัดสินใจที่มีคุณภาพ โดยจาก งานวิจัยของ Damman และคณะ¹⁶ ศึกษาปัจจัยที่ขัดขวาง การให้ความรู้ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้เข้า ร่วมที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ พบว่า 4 ปัจจัยหลักของการ ขัดขวางการรับรู้และตัดสินใจ คือ 1) ผู้เข้าร่วมไม่เข้าใจความ หมายที่จะสื่อสาร 2) ผู้เข้าร่วมขาดเครือข่ายที่จำเป็นเพื่อที่จะ ให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยง 3) วัตถุประสงค์ของการสื่อความหมายของ ปัจจัยเสี่ยงไม่ชัดเจน และ 4) ความรู้ที่นำมาไม่เป็นสิ่งที่นำเสนอ ผ่านสาธารณะ

ด้านการรู้เท่าทันสื่อพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค หัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.577$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ghisi และคณะ¹⁷ ที่ ศึกษาโดยใช้แบบทดสอบเพื่อวัดการรู้เท่าทันข้อมูลสุขภาพ พื้นฐานของผู้ป่วย เป็นการวัดความสามารถของการอ่านและ ความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยได้พบเจอเกี่ยวกับการรับบริการใน สถานบริการ โดยประยุกต์แบบสอบถามที่ใช้สื่อหรืออุปกรณ์ ที่ผู้ป่วยพบเห็นจากการใช้บริการ พบว่า กลุ่มที่มีความฉลาด ทางสุขภาพต่ำ คือ ผู้สูงอายุ, เพศชาย, ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน จากโรคหัวใจและหลอดเลือด, ระดับการศึกษาต่ำ, ไม่มีงานทำ, จำนวนการมาอนโรงพยาบาลซ้ำและมีคุณภาพชีวิตต่ำ จาก งานวิจัยหากพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีการใช้เหตุผลหรือมีการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียเพื่อ เลือกรับข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ 2ส

ด้านการจัดการตนเองพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค หัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=0.437$) หากพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้ปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส บ่อยครั้งเพียงใด สอดคล้องกับผลการวิจัยของ The National Health Education Standards: NHES ซึ่งทำวิจัยใน ประเทศออสเตรเลีย^{18,19} ที่ว่า ในการพัฒนาความฉลาดทาง สุขภาพต้องพัฒนาการจัดการตนเองระดับพื้นฐาน เพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจนมีปฏิสัมพันธ์และสามารถ ทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธี

ปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam^๑ ได้กล่าวไว้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพจะมีผลทางตรงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลง หากบุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย เนื่องจากจะมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ จัดการตนเอง และสามารถรู้เท่าทันสื่อได้ โดยผู้มีความฉลาดทางสุขภาพนั้นจะต้องมีทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (ระดับปฏิบัติส่วนตัว) ต่อมาใช้ทักษะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มาปรับเปลี่ยนข้อมูลเพื่อพัฒนาตนเองให้เกิดความรู้ ความสามารถที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้มีการปฏิบัติจะทำให้เกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น (ระดับปฏิสัมพันธ์) จากนั้นเมื่อพัฒนาต่อเนื่องใช้ทักษะทางสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร ทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน (ระดับวิจารณ์ญาณ)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ, ด้านการสื่อสาร, ด้านการตัดสินใจ, ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้นควรจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข โดยจัดให้มีการเรียนรู้ตามฐานปฏิบัติการเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เรียนรู้ ประกอบกับมีความรู้ความเข้าใจและฝึกการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ อีกทั้งยังเพิ่มการฝึกฝนเรื่องการสื่อสาร, การจัดการตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จัดขึ้นตามฐานการเรียนรู้ในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม

2. จากผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้นควรเพิ่มช่องทาง

การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น เพิ่มช่องทางทำให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายในชุมชน หรือสนับสนุนสื่อให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้ประจำทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อพบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากช่องทางอินเทอร์เน็ตของอาสาสมัครสาธารณสุขยังอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้นควรพิจารณาจัดบริการศูนย์ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เรียนรู้วิธีการใช้และการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถสืบค้นเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันได้โดยง่ายและทันสมัย

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทานผักกินอาหารมัน ๆ รสหวานจัด รสเค็มจัด เช่น หนังกุ้ง เนื้อติดมัน แกงกะทิ ขนมหวาน ปลาเค็ม ดังนั้นอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ควรจัดกิจกรรมเพื่อณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดตามหลัก 3๑ 2๘

4. การศึกษาวิจัยนี้ทำในกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งถ้าทำวิจัยในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในอำเภออื่น ๆ ผลที่ได้จากการวิจัยอาจมีความแตกต่างกับผลการวิจัยชิ้นนี้ อีกทั้งงานวิจัยเป็นแบบ Cross – sectional descriptive study ผลที่ได้ อาจไม่มีความเป็นเหตุเป็นผลกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาสละเวลาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นที่มาของผลการวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php#
2. อลิสรดา อยู่เลิศลบ. ประเด็นสารบรรณครั้งวันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธ.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lpho.go.th/main/?p=6349>
3. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย

- โรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2557.
4. ประยูทธ แสงสุรินทร์, อัญญิกา ชัชวาลยางกูร, ชยานันต์ ประมวลเจริญกิจ, ณิชวีดี ศรีสิง. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนุสทกรณการเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2558.
 5. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2558.
 6. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : นวัตกรรมดาการพิมพ์ ; 2554.
 7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2553 ; 23 : 46–55.
 8. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International* 2018 ; 33(5) : 901–11.
 9. Aspary KE, Van Horn L, Carson JAS, Wylie–Rosett J, Kushner RF, Lichtenstein AH, et al. Medical nutrition education, training, and competencies to advance guideline–based diet counseling by physicians: a science advisory from the American Heart Association. *Circulation* 2018 ; 137(23) : e821–41.
 10. American Stroke Association. The 8 D’s of stroke care. Stroke chain of survival [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 15]. Available from: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Treatment/StrokeTreatments_UCM_310892_Article.jsp#.VtHijPmLTIU
 11. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : บิสิเนสอาร์แอนด์ดี ; 2553.
 12. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self–reported health: a large population–based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology* 2017 ; 24(17) : 1880–8.
 13. Rolls CA, Obamiro KO, Chalmers L, Bereznicki LRE. The relationship between knowledge, health literacy, and adherence among patients taking oral anticoagulants for stroke thromboprophylaxis in atrial fibrillation. *Cardiovascular Therapeutics* 2017 ; 35(6) : e12304.
 14. Kim Y, Hogan K, D’Onofrio G, Chekijian S, Safdar B. Patient ethnicity predicts poor health access and gaps in perception of personal cardiovascular risk factors. *Critical Pathways in Cardiology* 2017 ; 16(4) : 147–57.
 15. Kanj M, Mitic W, editors. Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Proceeding of the 7th global conference on health promotion, promoting health and development closing the implementation gap ; 2009 Oct 26–30 ; Nairobi. Kenya ; 2009.
 16. Damman OC, Bogaerts NM, van Dongen D, Timmermans DR. Barriers in using cardiometabolic risk information among consumers with low health literacy. *British Journal of Health Psychology* 2016 ; 21(1) : 135–56.
 17. Ghisi GLM, Chaves G, Britto RR, Oh P. Health literacy and coronary artery disease: a systematic review. *Patient Education and Counseling* 2018 ; 101(2) : 177–84.
 18. McCaffery KJ, Morony S, Muscat DM, Smith SK, Shepherd HL, Dhillon HM, et al. Evaluation of an Australian health literacy training program for socially disadvantaged adults attending basic education classes: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2016 ; 16 : 454.
 19. Morony S, Lamph E, Muscat D, Nutbeam D, Dhillon HM, Shepherd H, et al. Improving health literacy through adult basic education in Australia. *Health Promotion International* 2018 ; 33(5) : 867–77.