

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ศิริพร จริยาจิรวัฒนา
ภัทรพร บุตรดี
พรวิมล นภาศัย
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

วันรับ 19 พฤษภาคม 2564, วันแก้ไข 23 มีนาคม 2565, วันตอบรับ 29 มีนาคม 2565.

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) งานวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 595 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า 1) ประชาชนไทย อายุ 15 ขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.46 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 15.26 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า (OR=3.71 95%CI=1.25-11.01) ผู้ที่เขียนหนังสือไม่ได้ และเขียนไม่คล่องมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนหนังสือได้คล่อง 3.47 และ 2.13 เท่า (OR=3.47, 2.13, 95%CI=1.30-9.24, 1.32-3.45) ผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชนมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่มีบทบาทในชุมชน 3.98 เท่า (OR=3.98 95%CI=1.94-8.17) ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊กมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูล 4.21 เท่า (OR=4.21 95%CI=2.13-8.33) และผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูล 1.81 เท่า (OR=1.81 95%CI=1.11-2.95) จากผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้ผู้เกี่ยวข้องส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่เขียนไม่ได้และผู้ที่ไม่มียบทบาทในชุมชน ในกรณีหน่วยบริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้แก่ผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป

Health Literacy and its related factors among Thai population in Eastern (Health Region 6) Thailand

Siriporn Jasiyajirawattana

Phatthraphorn Burtdee

Pornwimon Napasai

Health Promotion Centre 6 Chonburi.

Received 19 May 2021, Revised 23 March 2022, Accepted 29 March 2022.

Abstract

Health literacy, one of the essential factors that affect health status, is prioritized on the 12th Thai Health National Plan (2017–2021). The survey study is aimed to explore the status of health literacy and its related factors among Thai population in Eastern (Health region 6) Thailand. Five hundred ninety-five participants of this study were Thai people older than 15, selected by systematic random sampling method. Face-to-face interviews collected the data from March to April 2019. The data of this study were analyzed by using descriptive statistics and Chi-square test, as well as the Multiple logistic regression, were used to find the related factors of health literacy. The results of this study were following: 1) The average health literacy score among Thai population older than 15 in Eastern (Health Region 6) Thailand was 89.46 from a total score of 136 or 66 percent. And 15.26 percent of participants has insufficient health literacy levels. 2) The result explained that the population older than 60 had insufficient health literacy levels more than the population age 15–24 3.71 times (OR=3.71 95%CI=1.25–11.01). Similarly, participants who could not write and were unskilled in writing had insufficient levels of health literacy higher than participants who were skilled in writing 3.47 and 2.13 times (OR=3.47, 2.13, 95%CI=1.30–9.24, 1.32–3.45). The result of participants who did not have a role in communities had higher insufficient health literacy levels than those who had a role in communities 3.98 times (OR=3.98 95%CI=1.94–8.17). Accessibility to health information from the internet played an important role when participants who could not reach health data from the internet had higher insufficient levels of health literacy than those who could reach 4.21 times (OR=4.21 95%CI=2.13–8.33). Besides, participants who did not receive health information from healthcare workers had higher insufficient health literacy levels than those who did receive 1.81 times (OR=1.81 95%CI=1.11–2.95). The recommendation of this research is to encourage healthcare workers and staff in the related fields to provide health literacy to vulnerable groups of the population. Especially in the elderly, people who cannot write (low literacy level), and people who did not have a role in communities. Furthermore, healthcare workers at healthcare facilities should speak plain language, which will help patients understand easier.

Keywords : Health literacy, Insufficient level of health literacy, population older than 15

■ บทนำ

ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อ 1 ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วย และตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง⁽¹⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽²⁾ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ คือ บุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น ตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือเลือกรับบริการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะปฏิบัติทักษะหรือสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้ บุคคลนั้นๆ ต้องผ่านกระบวนการคิด และมีทักษะทางสังคมในระดับที่เพียงพอ เช่น การอ่าน เขียน การคิดคำนวณ การเรียกคืนความจำ การตีความหมาย การหาความเชื่อมโยง การพูดคุยซักถาม⁽³⁻⁴⁾ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ⁽⁵⁾ อาจกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน และมีความเชื่อมโยงกับการรู้หนังสือ นำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจ และความสามารของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ⁽⁶⁾

จากสถานการณ์การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย ปีพ.ศ.2562 พบคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 65 ของคะแนนเต็ม และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.09 ในส่วนมิติระบบสุขภาพคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ ผลผลิตภักดียาและสุขภาพ รองลงมาคือ การบริการสุขภาพ ส่วนทักษะความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รองลงมาคือ การทบทวน-ซักถาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วย อายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านหนังสือไม่ได้ เขียนหนังสือไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่มีบทบาทในชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และมีปัญหาทางการได้ยิน โดยสัดส่วนคนไทยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พบมากที่สุด ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มผู้ที่มีรายได้ชัดเจน กลุ่มผู้ที่ไม่มียาบทบาทในชุมชน กลุ่มผู้ที่เคยตรวจและพบโรค และกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ⁽⁷⁾

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ทำให้รูปแบบของโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ จากข้อมูลจำนวนและอัตราป่วยโรคไม่เรื้อรังของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี 2559-2562 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 2,008.9 เป็น 2,388.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น

จาก 1,292.8 เป็น 1,528.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเขตสุขภาพที่ 6 จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1,806.94 เป็น 1,983.87 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 1,122.98 เป็น 1,261.30 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น จาก 537.99 เป็น 542.18 ต่อแสนประชากร และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จาก 9.71 เป็น 10.68 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 18.66 เป็น 28.29 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จาก 56.13 เป็น 59.29 ต่อแสนประชากร จากสถานการณ์ดังกล่าวสรุปได้ว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศและเขตสุขภาพที่ 6 ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม

การเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดต่ำลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง^(๑) หากประชากรส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลให้ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น^(๕) จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อใช้ในการออกแบบและวางแผนการดำเนินงาน ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ สำหรับสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพให้กับประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อระบุกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง

■ นิยามศัพท์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม^(๒)

บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ คือ บุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น ตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือเลือกรับบริการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะปฏิบัติทักษะหรือสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้ บุคคลนั้นๆ ต้องผ่านกระบวนการคิด และมีทักษะทางสังคมในระดับที่เพียงพอ เช่น การอ่าน เขียน การคิดคำนวณ การเรียกคืนความจำ การตีความหมาย การหาความเชื่อมโยง การพูดคุยซักถาม^(๓-๔)

■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross - sectional household

survey) โดยศึกษาข้อมูลประชากรไทย อายุ 15 ปี ถึง 85 ปี ในเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือนอย่างน้อย 6 เดือน (นับย้อนจากวันที่สัมภาษณ์) และเกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2547 ในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ปราจีนบุรี และจังหวัดสระแก้ว

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง วิธีการคำนวณอ้างอิงงานวิจัย รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 ของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾

ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามกระบวนการสุ่มจากรายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 ของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾ โดยสุ่มตัวอย่างในพื้นที่แบบ Stratified Three-stage Sampling ชั้นที่หนึ่ง สุ่มจังหวัดในเขตได้ 3 จังหวัด คือ จังหวัดปราจีนบุรี ตราด และชลบุรี เลือกหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ โดยจัดเรียง EA (Enumeration Area) ของแต่ละจังหวัดตัวอย่างตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ซึ่งได้จำนวน EA ตัวอย่างทั้งสิ้น 22 EA เลือกหน่วยตัวอย่างชั้นที่สาม ในแต่ละหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง (EA ตัวอย่าง) กำหนดให้ทำการเลือกครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำนวน 15 ครัวเรือน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ ซึ่งได้จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้น 330 ครัวเรือน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม-ออก จากโครงการ กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในครัวเรือนตัวอย่างทุกคน (ไม่นับรวมผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนคนงาน และครัวเรือนสถาบัน เช่น หอพักนักศึกษาในมหาวิทยาลัย นักโทษในเรือนจำ เป็นต้น) ตามฐานข้อมูลรายชื่อหมู่บ้านหรือชุมชน และแนวทางการสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวางจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั้งนี้ผู้อยู่อาศัยที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้สัมภาษณ์ได้ จะถูกตัดออกจากการศึกษา ยกเว้น มีผู้แทนภายในบ้านเดียวกันสามารถสื่อสารแทนหรือแปลความหมายได้ และหากไม่พบกลุ่มตัวอย่างในครัวเรือน จะทำการนัดหมายเพื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลอีกครั้ง รวมกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้ 595 คน

● เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ

ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 ของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 8 ข้อ ความเข้าใจ จำนวน 7 ข้อ การซักถาม จำนวน 12 ข้อ การตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ และการเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ โดยมีโครงสร้างของข้อคำถามครบทุกองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ (Cronbach's alpha = 0.88 การเข้าถึง, 0.86 การเข้าใจ, 0.90 การทบทวน ซักถาม และ 0.79 การตัดสินใจ) ซึ่งแบบสอบถามมีค่า Cronbach's alpha ทั้งหมด 0.9411

การสำรวจครั้งนี้แบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพตามจำนวนข้อคำถามที่ผู้ตอบเลือกตอบทำไม่เป็น ยก หรือยากมาก โดยใช้เกณฑ์ของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾

แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ คือ สืบค้นและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ชักถาม เพื่อคลายความสงสัยบ่อยครั้ง และตัดสินใจ บนพื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้โดยง่ายถึงง่าย มาก โดยพบว่า มีความยากถึงยากมากในบาง บริบท (จำนวนข้อที่เลือกตอบทำไม่เป็น ยาก หรือยาก น้อยกว่า 17 ข้อ จาก 34 ข้อ)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คือ ไม่สืบค้น หรือสืบค้นข้อมูลได้ยากมาก ไม่เข้าใจหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ยากมาก ไม่ชักถามเพื่อคลายความสงสัย และไม่ตัดสินใจ ทำอะไรหรือตัดสินใจได้ยากมาก ถึงแม้จะได้รับ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว (จำนวนข้อที่เลือกตอบทำ ไม่เป็น ยาก หรือยาก ตั้งแต่ 17 ข้อขึ้นไปจาก 34 ข้อ)

● การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2562 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ โดยนักศึกษามหาวิทยาลัยบูรพา ที่ผ่านการอบรมการเก็บ ข้อมูลภาคสนาม ซึ่งทีมวิจัยได้ดำเนินการจัด อบรม และเก็บข้อมูลตามคู่มือภาคสนามที่จัดทำ โดยสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์ ของข้อมูลแต่ละชุดหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ทันที หากข้อมูลไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ให้ สัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง ตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบประเมินทุกชุดโดยหัวหน้าทีมเก็บข้อมูล และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้วิจัยอีกครั้ง

● การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ ข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้สถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้สถิติไคสแควร์

(Chi-square test) และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้ Multiple logistic regression

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย เลขที่ 229 วันที่ 16 ตุลาคม 2560

■ ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 595 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.7 อยู่ในกลุ่ม อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.4 สถานภาพสมรส มากที่สุด ร้อยละ 61.5 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.3 ความเพียงพอของรายได้พบว่า พอใช้อยู่ได้ สบายๆ ร้อยละ 44.5

2. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ภาพรวมประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.4 จากคะแนน เต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 เมื่อพิจารณามิติ ระบบสุขภาพ พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย รายข้อคำถาม 2.71 คะแนน) และน้อยที่สุดด้าน บริการสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 2.14 คะแนน) ในส่วนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า สามารถตัดสินใจได้ง่ายกว่า (คะแนนเฉลี่ย รายข้อคำถาม 3.00 คะแนน) เมื่อเทียบกับการที่ ตนเองต้องเข้าถึง เข้าใจ และชักถามข้อมูล และ พบว่ามีความยากมากที่สุดเมื่อตนเองต้องเข้าถึง หรือค้นหาข้อมูล (คะแนนเฉลี่ยรายข้อ 1.64 คะแนน) ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ กลุ่มอายุ การอ่าน/เขียนหนังสือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การมีบทบาทในชุมชน และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้ยินและการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆ พบว่า สัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอพบในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 37.75) ผู้ที่อ่านไม่ได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่อ่านไม่คล่องและอ่านได้คล่อง (ร้อยละ 58.06) ผู้ที่เขียนไม่ได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนได้และเขียนไม่คล่อง (ร้อยละ 65.22) ผู้ที่ย้ายร้างหรือย้ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่โสดและสมรสแล้ว (ร้อยละ 36.52) ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 52.78) ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอาชีพอื่น (ร้อยละ 35.71) ผู้ที่มีความขัดสนด้านรายได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 38.71) ผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่มีบทบาทในชุมชน (ร้อยละ 27.48) ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูล (ร้อยละ 45.90) ผู้ที่มีปัญหาการได้ยินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหา (ร้อยละ 33.70) ผู้ที่เคยตรวจสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจ และเคยตรวจแต่ไม่พบโรค (ร้อยละ 30.07) ดังตารางที่ 2

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

พอเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้จำกัดภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ การเขียนหนังสือ บทบาทในชุมชน การรับข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กล่าวคือ คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า (95%CI=1.25-11.01) คนที่เขียนไม่คล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่เขียนได้คล่อง 2.13 เท่า (95%CI=1.32-3.45) และคนที่เขียนไม่ได้มีโอกาที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่เขียนได้คล่อง 3.47 เท่า (95%CI=1.30-9.24) คนที่ไม่มีบทบาทในชุมชน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่บทบาทในชุมชน 3.98 เท่า (95%CI=1.94-8.17) คนที่ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 4.21 เท่า (95%CI=2.13-8.33) และยังพบว่า คนที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 1.81 เท่า (95%CI=1.11-2.95) ดังตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเพิ่มขึ้น นำไปสู่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น การลดอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และจำเป็นต้องพัฒนาอยู่ตลอดเวลา เพราะสภาวะโรคภัยไข้เจ็บมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลสมัย ดังนั้นควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดย

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อข้อคำถาม จำแนกตามมิติระบบสุขภาพ และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ

	\bar{X}	SD
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (คะแนนเต็ม 136)	89.4	18.27
มิติระบบสุขภาพ		
บริการสุขภาพ	2.14	0.75
ป้องกันโรค	2.58	0.58
ส่งเสริมสุขภาพ	2.71	0.52
ผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ	2.30	0.65
ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
เข้าถึง	1.64	1.32
เข้าใจ	2.92	0.66
ชักถาม	2.42	0.61
ตัดสินใจ	3.00	0.51

เฉพาะกลุ่มเสี่ยง คือกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.4 จากคะแนนเต็มร้อยละ 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 ซึ่งมากกว่าระดับประเทศเล็กน้อย ในส่วนมิติระบบสุขภาพ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านการบริการสุขภาพน้อยที่สุด ซึ่งต่างจากข้อมูลการสำรวจของประเทศ ที่พบ ด้านผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพน้อยที่สุด ส่วนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 6 สอดคล้องกับประเทศ พบประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูล ซึ่งเขตสุขภาพที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยต่อข้อคำถามน้อยกว่าระดับประเทศ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า (95%CI: 1.25-11.1) เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีปัญหาในการฟังและอ่าน เช่น ต้องการอ่านฉลากยาแต่มองไม่เห็นตัวอักษร ฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แต่ไม่ค่อยได้ยิน มีการสูญเสียความจำและความสามารถทางการคิด เช่น อ่านหรือฟังข้อมูลการรักษาและบริการได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย อาจกล่าวได้ว่าความสามารถของตนเองในการที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี การสื่อสารใหม่ๆ ก็อาจมีผลต่อการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเสาวลักษณ์ อุ้นพรม และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา และจากการศึกษาของ Słonska และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดถึงร้อยละ 61.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น นับได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดเป็นสัดส่วน

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร (N=595)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคล						
กลุ่มอายุ					52.51	0.000*
15-24 ปี	45	90.00	5	10.00		
25-45 ปี	101	93.52	7	6.48		
46-59 ปี	148	81.32	34	18.68		
60 ปีขึ้นไป	155	62.25	94	37.75		
การอ่าน					55.63	0.000*
อ่านไม่ได้	13	41.94	18	58.06		
อ่านไม่คล่อง	66	57.39	49	42.61		
อ่านได้คล่อง	370	83.52	73	16.48		
การเขียน					58.74	0.000*
เขียนไม่ได้	8	34.78	15	65.22		
เขียนไม่คล่อง	80	58.82	56	41.18		
เขียนได้คล่อง	361	83.95	69	16.05		
ปัจจัยเชิงสังคม และเศรษฐกิจ						
สถานภาพสมรส					18.72	0.000*
โสด	92	85.19	16	14.81		
สมรส	283	77.96	80	22.04		
หย่าร้างหรือม่าย	74	63.48	44	36.52		
ระดับการศึกษา					47.13	0.000*
ไม่ได้เรียน	17	47.22	19	52.78		
ประถมศึกษา	225	70.09	96	29.91		
มัธยมศึกษาตอนต้น	68	89.47	8	10.53		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	79	85.87	13	14.13		
ปวส./อนุปริญญาขึ้นไป	60	95.0	4	5.0		
กลุ่มอาชีพ					21.64	0.001
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	143	70.79	59	29.21		
เกษตรกรรวม	54	64.29	30	35.71		
ธุรกิจส่วนตัว	112	83.58	22	16.42		
รับจ้างทั่วไป	97	79.51	25	20.49		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	16	100.00	0	0.00		
พนักงานบริษัทเอกชน	8	88.89	1	11.11		
นักเรียน/นักศึกษา	19	86.36	3	13.64		
ความเพียงพอของรายได้					11.92	0.008
ขาดสน	34	61.29	24	38.71		
พอใช้บางเดือน	159	75.36	52	24.64		
พอใช้อยู่ได้สบายๆ	213	81.30	49	18.70		
เหลือเก็บ	39	72.22	15	27.78		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร (N=595)	ความรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การมีบทบาทในชุมชน					18.31	0.000*
ไม่มี	343	72.52	130	27.48		
มี	106	91.38	10	8.62		
ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ						
ไม่ได้รับ (เทียบได้รับข้อมูล)	33	54.10	28	45.90	18.44	0.000*
หนังสือพิมพ์/วารสาร (เทียบกับไม่ได้รับ)	86	85.15	149	14.85	5.32	0.001
อินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก/เว็บไซต์ (เทียบกับไม่ได้รับ)	207	94.52	12	5.48	61.33	0.000*
คนในครอบครัว เพื่อน (เทียบกับไม่ได้รับ)	205	77.36	60	22.64	3.71	0.001
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (เทียบกับไม่ได้รับ)	345	79.31	90	20.69	8.72	0.000*
ปัจจัยด้านสุขภาพ						
การได้ยิน					7.29	0.000*
ไม่มีปัญหา	411	77.84	117	22.16		
มีปัญหา	38	62.30	23	37.70		
ผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์					14.01	0.001
ไม่เคยตรวจ	68	81.93	15	18.07		
เคยตรวจแต่ไม่พบ	167	83.50	33	16.50		
เคยตรวจและพบโรค	214	69.93	92	30.07		
โรคความดันโลหิตสูง (เทียบกับไม่เป็น)	98	79.67	25	20.33	9.92	0.001
โรคถุงลมโป่งพอง (เทียบกับไม่เป็น)	213	70.76	88	29.24	9.83	0.001

*p < .01

ที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

การเขียนหนังสือมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่เขียนไม่ได้มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนได้คล่อง 3.47 เท่า (95%CI: 1.30-9.24) และผู้ที่เขียนไม่คล่องมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่เขียนได้คล่อง 2.13 เท่า (95%CI: 1.32-3.45) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam⁽¹¹⁾ ที่กล่าวว่าทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เป็นระดับพื้นฐานของความรู้ด้านสุขภาพ กล่าวคือเป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูล

การดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล และจากผลเปรียบเทียบของการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของยุโรป (HLS-EU)⁽¹²⁾ ที่พบว่า การอ่านออกเขียนได้ทำให้บุคคลนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูล ค้นหาหรือแสวงหาข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ วิตจากการอ่านออกเขียนได้จะสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า กรณีที่เป็นโรคไม่ติดต่อจะดูแลตนเองและประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองได้น้อยกว่ากลุ่มที่มี

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
กลุ่มอายุ (ref. = 15-24 ปี)			17.27	0.001		
25 - 45 ปี	-0.270	0.648	0.29		0.76	0.21-2.72
46 - 59 ปี	0.765	0.558	1.62		2.14	0.72-6.42
60 ปีขึ้นไป	1.311	0.555	5.51		3.71	1.25-11.01
การเขียน (ref.=เขียนได้คล่อง)			14.58	0.001		
เขียนไม่ได้	1.245	0.500	8.04		3.47	1.30-9.24
เขียนไม่คล่อง	0.758	0.246	9.55		2.13	1.32-3.45
ไม่มีบทบาทในชุมชน (ref.= มีบทบาท)	1.382	0.366	13.73	0.000*	3.98	1.94-8.17
ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก (ref. = ได้รับ)	1.439	0.347	15.91	0.000*	4.21	2.13-8.33
ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ref. = ได้รับ)	0.594	0.250	6.26	0.001	1.81	1.11-2.95
ค่าคงที่	-4.686	0.646		0.001	0.01	

*p < .01

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การไม่มีบทบาทในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชนโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่มีบทบาทในชุมชน 3.98 เท่า (95%CI: 1.94-8.17) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ Denuwara⁽¹³⁾ ที่พบว่า ครูที่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมสุขภาพหรือกลุ่มสวัสดิการในชุมชนในหกเดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จากการศึกษาของ ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 11 ประมาณครั้งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี น่าจะเนื่องมาจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. 4.0 ที่มุ่งเน้นทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ การใช้แอปพลิเคชัน หรือโปรแกรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลักดันให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ กองสุขศึกษา⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี กล่าวได้ว่าการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือการมีบทบาทในชุมชน จะทำให้บุคคลนั้นได้รับสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และได้รับการพัฒนาทักษะในการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

การไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก 4.21 เท่า (95%CI: 2.13-8.33) วิธีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสามารถทำได้หลายวิธี จากการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง การศึกษาผู้เชี่ยวชาญ การสอบถามจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ในปัจจุบันการหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตเป็นอีก

วิธีหนึ่งที่คุณนิยมใช้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Neter and Brainin⁽¹⁶⁾ พบว่าบุคคลที่มีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพแบบออนไลน์ในระดับสูง มักจะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ วิทยุ การสื่อสารกับเภสัชกร พยาบาล และแพทย์ ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีรู้วิธีการจัดการสุขภาพตนเองได้และการศึกษาของ Rosenbaum JE และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การใช้สื่อดิจิทัล เช่น เว็บไซต์ และแอปพลิเคชันมาใช้ในการปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพ ลดปัญหาความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ และการใช้สื่อดิจิทัลผ่านเว็บไซต์และแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงบวก นับได้ว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก ถือเป็นช่องทางหลักในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพในปัจจุบัน

การไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 1.81 เท่า (95%CI: 1.11-2.95) เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงประชาชนแบบเชิงรุก เช่น งบประมาณในการผลิตสื่อบุคลากรไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลฎาภา ทานาค⁽¹⁸⁾ พบว่า ระบบบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jordan และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอก ที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความ

สามารถด้านความรู้ด้านสุขภาพ การให้บริการของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มาให้ข้อมูล การดูแลสุขภาพและการรักษาโรคกับผู้ป่วยมีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีประสบการณ์ในการรู้จักหาข้อมูลด้านสุขภาพในแหล่งที่ถูกต้อง และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และความสามารถในด้านความรู้ด้านสุขภาพนั้นแตกต่างกันตามบริบท โดยขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลและระบบ ได้แก่ ปัจจัยในเรื่องความสามารถในการสื่อสาร ความรู้ในเรื่องสุขภาพ และลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุข หรือพื้นที่ต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในพื้นที่ที่ระบบสาธารณสุขใช้ภาษาที่ยากต่อความเข้าใจของประชาชน จะส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน⁽¹²⁾

■ สรุป

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.4 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 ในมิติระบบสุขภาพ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด และน้อยที่สุดด้านบริการสุขภาพ ในส่วนทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนสามารถตัดสินใจได้ง่ายกว่า เมื่อเทียบกับการที่ตนเองต้องเข้าถึง เข้าใจ และซักถามข้อมูล และพบว่ามีความยากมากที่สุดเมื่อตนเองต้องเข้าถึงหรือค้นหาข้อมูล ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป การเขียนไม่ได้ การที่ไม่มียานพาหนะ การไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และการไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

■ ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดเป็น นโยบายสาธารณะ “ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชน” และเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาบุคคลให้เป็นบุคคลรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชนให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสังคม ให้เป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรู้ด้านสุขภาพ

2. ควรกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนให้ คนในชุมชนมีบทบาทหรือเป็นสมาชิกของกลุ่ม ชมรมในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากการ สสำรวจนี้พบว่า ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าคนที่ไม่มีความ และยังพบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

3. ออกแบบและเผยแพร่สื่อ Multimedia หรือ Socialmedia ที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับ คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเพื่อเผยแพร่ทาง อินเทอร์เน็ต พร้อมทั้งพัฒนากลไกและกระบวนการ ตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร โดยสร้างความร่วมมือ แบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน เพื่อการ เฝ้าระวังตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ ถูกต้อง และเป็นภัยกับประชาชน

4. บุคลากรสาธารณสุข ต้องสื่อสาร

ให้ผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และเป็น หน้าที่ที่จะสนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพ ให้กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่เขียนหนังสือไม่ได้และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งออกแบบการดำเนินการ ประเมินผล เกี่ยวกับการบริการข้อมูลข่าวสารและบริการ ที่จัดให้ ว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงและมีความ เข้าใจมากน้อยเพียงไร

5. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษา เเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เกี่ยวกับปัจจัย เกื้อหนุนหรืออุปสรรคต่อการเข้าถึง เข้าใจ ชักถาม และตัดสินใจ เพื่อยกระดับความรู้ ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ ในกลุ่มประชากรที่มีความรอบรู้ไม่เพียงพอ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์ อำนวยการที่ 6 ผู้อำนวยการสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้าน สุขภาพของประชาชน กรมอนามัย ผู้ประสาน งานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้ประสาน และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้ง ผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ที่ให้ความร่วมมือเพื่อให้ ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
2. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
3. Oo W, Khaing W, Mya K, Moh MM. Health Literacy – is it useful in prevention of behavioral risk factors of NCDs?. International Journal of Research in Medical Sciences 2015;3(9):2331-6.
4. Cavanaugh KL. Health Literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. Diabetes Manag(Lond) 2011;1(2):191-9.
5. วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม. รายงานโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.

6. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12(80):1-13.
7. วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
8. Mancuso JM. Health Literacy: A concept/ dimensional analysis. *Nurse Health Sci* 2008;10(3):248-55.
9. ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรหมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, ยุพาพร หอมสมบัติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9* 2563;14(33):88-106.
10. Słonska Z, Borowiec AA, Aranowska AE. Health literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropological Review* 2015;78(3):297-307.
11. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.
12. Juergen M, Florian R, Ganahl K. Comparative report on health literacy in eight EU member states The European Health Literacy Project 2009-2012. Maastricht: HLS-EU Consortium;2012.
13. Denuwara HMBH, Gunawardena NS. Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. *BMC Public Health*2017;17(631): doi: 10.1186/s12889-017-4543-x
14. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ, พลอยไพลิน จันทน์มณี. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ.2562. กลุ่มสุขภาพภาคประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 สุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: มปท; 2562.
15. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ.2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
16. Neter E, Brainin E. E-Health literacy: extending the digital divide to the real of health information. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14(1):e19
17. Rosenbaum JE, Johnson BK, Deane AE. Health literacy and digital media use: Assessing the health literacy skills instrument – Short form and its correlates among African American college students. *Digit Health* 2018;(4):2018;4:2055207618770765.
18. ลฎาภา ทานาค, รักชนก คชไกร, ยุพา จีวพัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2562;21(3):140-50.
19. Jordan JE, Buchbinder R, Osborne RH. Conceptualizing health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling* 2010;79(1):36-42.