

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5

ณัฐพัฒน์ ทองนิ่ม
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 5 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมด้วยแบบสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Stratified three-stage cluster sampling) รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,008 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ประยุกต์จากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 จำนวน 17 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การซักถามข้อสงสัย และการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในภาพรวมอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 71.7 (ค่าเฉลี่ย 49.05 จากคะแนนเต็ม 68 คะแนน) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ด้านการซักถามข้อสงสัย และด้านการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ อยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 71.2, 77.7 และ 78.7 ตามลำดับ การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ กลุ่มอาชีพ ทักษะการอ่าน ทักษะการเขียน ความถี่ในการค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และช่องทางการรับข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การไม่มีความพิการ การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาการมีโรค ประเภทสถานบริการที่ใช้บริการ และสิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่น ข้อเสนอแนะ: 1) ควรกำหนดให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นกลยุทธในการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ 2) ควรพัฒนาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและมีความเหมาะสมกับระดับการศึกษาของประชาชนแต่ละกลุ่ม 3) ควรสร้างสรรค์กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามบริบทพื้นที่ (Area-based) โดยออกแบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ, การซักถามข้อสงสัย, การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ

The Situation of health literacy of Thai people aged 15 years and above in Health region 5

Nuttapat Thongnim

Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Abstract

This research is cross-sectional survey research aimed to study the situation and factors related to the health literacy of Thai people aged 15 years and above in Health Region 5. The study utilized secondary data collected via interviews from 1,008 samples residing in three provinces under the responsibility of the Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi: Kanchanaburi, Phetchaburi, and Prachuap Khiri Khan. A stratified three-stage cluster sampling method was employed. The research instrument was a health literacy survey adapted from the 2019 Thai health literacy survey. It consisted of 17 items covering three domains: accessing reliable information, questioning, and using information for decision-making. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, specifically the Chi-square test, to determine the associated factors. The results revealed that the overall health literacy was at a sufficient level, accounting for 71.7% (mean score of 49.05 ± 6.06 out of 68). Specifically, the domains of accessing reliable information, questioning, and using information for decision-making were at sufficient levels of 71.2%, 77.7%, and 78.7%, respectively. The analysis of associated factors demonstrated that personal factors including age, educational level, income sufficiency, occupational group, reading and writing abilities, frequency of internet searches, and news consumption channels were significantly related to health literacy at the 0.05 statistical level. Furthermore, health condition factors, including health status, absence of disability, presence of chronic diseases, duration of diseases, type of healthcare facility utilized, and medical treatment rights, were also significantly associated with health literacy at the 0.05 statistical level. Recommendations: 1) Health literacy should be integrated into public policy as a primary strategy to empower individuals in managing their own health. 2) Accessible health information sources tailored to the varying educational levels of different population groups should be developed. 3) Area-based health literacy promotion activities should be designed to align with the specific problems and contexts of each community.

Keywords: Health literacy, Accessing reliable information, Questioning, Using information for decision-making

บทนำ

“ความรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “Health Literacy” เป็นทักษะสำคัญที่นานาชาติให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ในการจัดการปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบัน โดยเริ่มมีความชัดเจนมาตั้งแต่ปี 2016 ในคำปฏิญญาเซี่ยงไฮ้ (Shanghai Declaration)⁽¹⁾ ที่กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพ เป็น 1 ใน 3 เสาหลักที่จะส่งผลต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs⁽²⁾ โดยได้มีการเน้นย้ำถึงความสำคัญของภาครัฐในฐานะผู้ออกนโยบาย (Policy maker) ที่ต้องเข้ามามีบทบาทและความรับผิดชอบในการลงมือพัฒนาให้ประชากรมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยต้องพัฒนาและยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ประเทศไทยจึงได้กำหนดให้ความรู้ด้านสุขภาพถูกบรรจุอยู่ในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ว่าด้วยประชาชนไทยมีความรู้ ด้านสุขภาพและเป็นตัวชี้วัดระดับแผนแม่บทที่ 13.1 ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561- 2580) ว่าด้วยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีสูงขึ้น⁽³⁾

ความรู้ด้านสุขภาพนั้น เป็นทักษะความสามารถส่วนบุคคลทางปัญญาและสังคม ในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูล เพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽⁴⁾ บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ คือ บุคคลที่สามารถเข้าถึง (access) เข้าใจ (understand) และใช้ (use) ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เช่น ตัดสินใจเลือกแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือเลือกรับบริการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะปฏิบัติทักษะ หรือสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้ บุคคลนั้น ๆ ต้องผ่านกระบวนการคิด (cognitive skills) และมีทักษะทางสังคม (social skills) ในระดับที่เพียงพอ เช่น การอ่าน การคิดคำนวณ การเรียกคืนความจำ การตีความหมาย การหาความเชื่อมโยง การพูดคุยซักถาม การตัดสินใจ ซึ่งทักษะความรู้ด้านสุขภาพนั้นครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านบริการสุขภาพ, ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค, ด้านการป้องกันโรคและด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยในแต่ละด้านคำนึงถึงเส้นทางของชีวิต (Life Cause Approach)⁽⁵⁾

จากสถานการณ์การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ปี 2562⁽⁶⁾ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอยู่ที่ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนนหรือคิดเป็นร้อยละ 65 ของคะแนนเต็ม หมายความว่า คนไทยเข้าถึง เข้าใจ ซักถาม และตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพและใช้บริการสุขภาพพื้นฐาน (การบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ) ในระดับปานกลาง ในมิติด้านระบบสุขภาพ คนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพน้อยที่สุด รองลงมา คือการบริการสุขภาพ หมายถึง คนไทยยังคงได้รับความยากลำบากเมื่อต้องสืบค้น เข้าใจ และซักถามข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ ตลอดจนตัดสินใจเลือกซื้อหรือเลือกรับผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่ยังเป็นจุดอ่อนของคนไทย คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพ รองลงมา คือการทบทวน-ซักถาม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วย อายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านหนังสือไม่ได้เขียนหนังสือไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่มีบทบาทในชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และมีปัญหาทางการได้ยิน โดยสัดส่วนคนไทยที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พบมากที่สุด ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ กลุ่มผู้ที่มีรายได้ชัดเจน กลุ่มผู้ที่ไม่มียาในชุมชน กลุ่มผู้ที่เคยตรวจและพบโรค และกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย⁽⁷⁻¹²⁾ พบว่ามีความจำเป็นต้องเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ศาสนา เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความบอ่ยในใช้อินเทอร์เน็ต ช่องทางการรับข่าวสาร และปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การมีความพิการ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเภทสถานบริการที่ใช้บริการ สิทธิการรักษาพยาบาลหลัก ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาและความถี่ในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง หากประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะส่งผลให้ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ ในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Survey Research) โดยศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 ในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึง กันยายน 2566

กรอบแนวคิดการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Survey Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ที่เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงกันยายน 2566 ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 5 จำนวน 3 จังหวัด โดยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย

โครงการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสถานะสุขภาพ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 5 มาวิเคราะห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบขั้นลำดับ (Stratified Three-Stages Cluster Sampling)

- การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (Primary sampling selection): เลือกจังหวัดในแต่ละชั้น ภูมิภาคกำหนดให้ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่าง จำนวน 3 จังหวัด ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic sampling) ได้แก่ กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์

- การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (Secondary sampling selection): เขตแ่งนับ (Enumeration Area: EA) ในแต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (จังหวัดตัวอย่าง) ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) โดยจัดเรียง EA ของแต่ละจังหวัดตัวอย่าง ตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ซึ่งจะได้จำนวน EA ตัวอย่างทั้งสิ้น 26 EAs

- การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (Tertiary sampling selection): ครัวเรือนส่วนบุคคล ในแต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (EA ตัวอย่าง) กำหนดให้ทำการเลือกครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างจำนวน 15 ครัวเรือน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) ซึ่งจะได้จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้น 390 ครัวเรือน

เมื่อพิจารณาจำนวนเฉลี่ยของประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในครัวเรือน จะพบว่าอยู่ที่ 3 คนต่อครัวเรือน จึงประมาณการจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ 1,008 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 หมวด รวมข้อคำถาม 17 ข้อ ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จำนวน 4 ข้อ การซักถามข้อสงสัย จำนวน 3 ข้อ การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เริ่มจากยากมาก ไปจนถึง ง่ายมาก และไม่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสำรวจ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เขตที่อาศัย การศึกษาสูงสุด ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะอาชีพหลัก การอ่านออก เขียนได้ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเติมข้อความและเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วย ระดับสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ความพิการ/ ข้อจำกัด โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีโรคประจำตัว การใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข สิทธิการรักษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและลงรหัสในข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยโปรแกรม SPSS version 21 ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรม และแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความบ่อยในใช้อินเทอร์เน็ต ช่องทางการรับข่าวสาร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยสภาวะสุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การมีความพิการ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเภทสถานบริการที่ใช้บริการ สิทธิการรักษาพยาบาลหลัก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

3. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การซักถามข้อสงสัย และการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) โดยใช้การแบ่งระดับและการตีความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ 2 ระดับ คือ ระดับเพียงพอ ช่วงคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 67 ขึ้นไป และระดับไม่เพียงพอ ช่วงคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 66

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 โดยใช้สถิติอ้างอิง (Inference statistics) คือ Chi-square test หรือ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.2 เป็นประชาชนวัยทำงานตอนปลาย อายุระหว่าง 46- 59 ปี ร้อยละ 30.9 (อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด คือ 80 ปีอายุเฉลี่ย 52 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.9 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 61.1 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.5 รายได้พอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บออม ร้อยละ 61.7 อาชีพหลัก ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.8 อ่านหนังสือได้คล่อง ร้อยละ 82.8 เขียนได้คล่อง ร้อยละ 82 ความถี่ในการค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 52.3 ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพมากที่สุดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 99.2 รองลงมาคือโทรทัศน์ ร้อยละ 90.6 และบุคคลในครอบครัวร้อยละ 90.2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 51.6 ไม่มีปัญหาความพิการ ร้อยละ 96 มีความพิการทางการได้ยินและการเคลื่อนไหว ร้อยละ 2.3 และ 1 ตามลำดับ โรคประจำตัวเป็นโรคความดัน ร้อยละ 25.7 ระยะเวลาการมีโรคประจำตัว 5-10 ปี ร้อยละ 14.1 ใช้บริการในสถานบริการประเภทรพสต./ สถานีอนามัย ร้อยละ 84 สิทธิการรักษาใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 69.5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเพียงพอ (49.05 ± 6.06) จากคะแนนเต็ม 68 คะแนน ค่าต่ำสุด (Min) เท่ากับ 25 คะแนน ค่าสูงสุด(Max) เท่ากับ 66 คะแนน โดยองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถืออยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 71.2 ด้านการซักถามข้อสงสัย อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 77.7 และด้านการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 78.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเต็ม	X+ SD	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
			เพียงพอ		ไม่เพียงพอ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	16	11.39+2.22	718	71.2	290	28.8
การซักถามข้อสงสัย	12	8.79+1.79	783	77.7	225	22.3
การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ	40	28.87+3.14	793	78.7	215	21.3
ภาพรวม (min = 25, max= 66)	68	49.05+6.06	768	71.7	240	28.3

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาวะสุขภาพของบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ศาสนา เขตที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ กลุ่มอาชีพ การอ่าน การเขียน ความถี่ในการค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และช่องทางการรับข่าวสาร ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.000	1.000
ชาย	339	71.8	113	28.2		
หญิง	723	71.6	285	28.4		
อายุ					30.36	0.000*
15 – 24 ปี	118	80.3	29	19.7		
25 – 45 ปี	229	78.7	62	21.3		
46 – 59 ปี	221	71.1	90	28.9		
60 ปีขึ้นไป	155	59.8	104	40.2		
ศาสนา					10.07	0.07
พุทธ	693	70.9	284	29.1		
อิสลาม	16	100	0	0		
คริสต์	14	93.3	1	6.7		
เขตที่อาศัย					0.39	0.534
ในเขตเทศบาล	286	73	106	27		
นอกเขตเทศบาล	437	70.9	179	29.1		
ระดับการศึกษา					73.29	0.000*
ไม่ได้เข้าเรียน	13	41.9	18	58.1		
ประถมศึกษา	221	63.5	127	36.5		
มัธยมศึกษาตอนต้น	118	62.8	70	37.2		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	235	81.3	54	18.7		
ปวส./อนุปริญญาขึ้นไป	136	90.1	15	9.9		
ความเพียงพอของรายได้					29.07	0.000*
ขาดสน	12	60	8	40		
พอใช้บางเดือน	237	80.1	59	19.9		
พอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ	426	68.5	196	31.5		
เหลือเก็บออม	47	75.8	15	24.2		

* p<0.05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มอาชีพ					76.43	0.000*
ไม่ได้รับการจ้างงาน	78	63.4	45	36.6		
เกษตรกรกรม	139	55.2	113	44.8		
รับจ้างทั่วไป	98	72.1	38	27.9		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	139	77.7	40	22.3		
หน่วยงานภาครัฐ	52	91.2	5	8.8		
โรงงาน	44	95.7	2	4.3		
บริษัทเอกชน	121	81.8	27	18.2		
ขนส่งอาหาร (ฟู้ด เดลิเวอรี่)	8	100	0	0		
อื่นๆ	43	75.4	14	24.6		
การอ่าน					39.36	0.000*
อ่านไม่ได้	6	33.3	12	66.7		
อ่านได้บ้าง แต่ไม่คล่อง	85	55.6	68	44.4		
อ่านได้คล่อง	631	75.6	204	24.4		
การเขียน					37.20	0.000*
เขียนไม่ได้	6	31.6	13	68.4		
เขียนได้บ้าง แต่ไม่คล่อง	92	57.5	68	42.5		
เขียนได้คล่อง	624	75.5	203	24.5		
ความถี่ในการค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต					35.61	0.000*
ไม่ได้ใช้	169	58.5	120	41.5		
วันละ 1 - 2 ครั้ง	144	75	48	25		
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	410	77.8	117	22.2		
ช่องทางการรับข่าวสาร						
หนังสือพิมพ์ (เทียบกับไม่ได้รับ)	389	90.3	42	9.7	82.73	0.000*
วารสาร (เทียบกับไม่ได้รับ)	352	96.2	14	3.8	126.95	0.000*
หนังสือหรือแผ่นพับ(เทียบกับไม่ได้รับ)	562	71.2	227	28.8	78.24	0.000*
อินเทอร์เน็ต(เทียบกับไม่ได้รับ)	650	81.6	147	18.4	62.72	0.000*
วิทยุ(เทียบกับไม่ได้รับ)	239	83	49	17	16.94	0.000*
โทรทัศน์(เทียบกับไม่ได้รับ)	680	74.4	234	25.6	20.62	0.000*
ครอบครัว(เทียบกับไม่ได้รับ)	671	73.8	238	26.2	30.13	0.000*
เพื่อน(เทียบกับไม่ได้รับ)	632	72.5	240	27.5	50.79	0.000*
เพื่อนร่วมงาน(เทียบกับไม่ได้รับ)	560	72.4	214	27.6	27.09	0.000*
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข(เทียบกับไม่ได้รับ)	760	76	240	24	9.508	0.009*

* p<0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ การไม่มีความพิการ การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาการมีโรค ประเภทสถานบริการที่ใช้บริการ และสิทธิการรักษา ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานะสุขภาพ					52.30	0.000*
แย่มาก	12	100	0	0		
แย่	105	80.8	25	19.2		
ปานกลาง	149	55.4	120	44.6		
ดี	397	76.3	123	23.7		
ดีมาก	60	77.9	17	22.1		
ความพิการ/ ข้อจำกัด						
ไม่มี (เทียบกับมี)	706	72.9	262	27.1	16.08	0.000*
การได้ยิน(เทียบกับไม่มี)	5	21.7	18	78.3	26.53	0.000*
การมองเห็น(เทียบกับไม่มี)	5	55.6	4	44.4	0.28	0.231
การเคลื่อนไหว(เทียบกับไม่มี)	8	80	2	20	0.73	0.429
การจดจำและสื่อความหมาย(เทียบกับไม่มี)	4	50	4	50	0.23	0.163
การอาบน้ำและแต่งตัวด้วย	2	66.7	1	33.3	1.000	0.631
ตนเอง(เทียบกับไม่มี)						
อื่นๆ (เทียบกับไม่มี)	3	75	1	25	1.000	0.682
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรค(เทียบกับเป็นโรค)	505	72.9	188	27.1	1.26	0.262
โรคความดัน(เทียบกับไม่เป็น)	166	64.1	93	35.9	9.52	0.02*
โรคเบาหวาน(เทียบกับไม่เป็น)	104	71.7	41	28.3	11.28	0.001*
โรคหัวใจและหลอดเลือด(เทียบกับไม่เป็น)	35	89.7	4	10.3	5.60	0.018*
โรคทางเดินหายใจ(เทียบกับไม่เป็น)	25	92.6	2	7.4	4.95	0.026*
อื่นๆ(เทียบกับไม่เป็น)	24	92.3	2	7.7	4.58	0.032*
ระยะเวลาการมีโรคประจำตัว					7.29	0.026*
ต่ำกว่า 5 ปี	85	67.5	41	32.5		
5-10 ปี	102	73.3	39	27.7		
10 ปีขึ้นไป	21	95.5	1	4.5		

* p<0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานะสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Chi-square	p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประเภทสถานบริการที่ใช้บริการ						
รพสต. / สถานีอนามัย(เทียบกับไม่เคย)	620	73.2	227	26.8	33.72	0.000*
โรงพยาบาลรัฐ(เทียบกับไม่เคย)	631	79.4	164	20.6	108.86	0.000*
โรงพยาบาลเอกชน(เทียบกับไม่เคย)	321	97.6	8	2.4	127.99	0.000*
คลินิกเอกชน(เทียบกับไม่เคย)	328	92.9	25	7.1	86.75	0.000*
สิทธิการรักษา					36.11	0.000*
บัตรทอง	466	66.5	235	33.5		
ประกันสังคม	137	83	28	17		
ข้าราชการ	55	76.4	17	23.6		
ประกันเอกชน	65	92.9	5	7.1		

* p<0.05

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 ในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 1,008 คน อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5

จากการศึกษา พบว่า สถานการณ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 ภาพรวมอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 71.7 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 49.05 จากคะแนนเต็ม 68 คะแนน โดยองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถืออยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 71.2 ด้านการซักถามข้อสงสัย อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 77.7 และด้านการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 78.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพัตรา เสนาใหญ่ และคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 64.80 โดยมีคะแนนความรอบรู้เฉลี่ยอยู่ที่ 83.94 (SD.=22.17) คะแนน และการศึกษาของชัยญา อนุเคราะห์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 68.4 ระดับไม่เพียงพอร้อยละ 31.6 ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ ดังนี้ เพศชายร้อยละ 68.57 เพศหญิงร้อยละ 68.30 กลุ่มอายุ 15 – 24 ปีร้อยละ 90.79 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 46.86

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ กลุ่มอาชีพ การอ่าน การเขียน ความถี่ในการค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และช่องทางการรับข่าวสาร ที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดในการรับหรือทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เนื่องจากการศึกษาทำให้มีทักษะและช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้มากขึ้น สามารถทำความเข้าใจ มีการตัดสินใจที่ดี และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ด้านทักษะการอ่านและเขียน ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต เป็นทักษะทางข้อมูลที่สำคัญ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีสุตา บุญขยาย⁽¹⁵⁾ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา ด้านความเพียงพอของรายได้และการรับรู้หนังสือโดยการอ่าน การเขียนที่ต่างกันมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และยังสอดคล้องกับเบญจวรรณ พุณณานิวัฒน์กุล และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ($x = 119.16$, $SD = 17.31$) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ ช่วงเวลาในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร องค์ประกอบของสื่อนำเสนอ ด้านเนื้อหา ด้านสื่อที่ใช้ประกอบ และด้านการส่งมอบส่งผลกระทบต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพ การไม่มีความพิการ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่รับรู้สุขภาพตนเองดีมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า เพราะสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้มีประสิทธิภาพมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาสุขภาพอาจมีความจำเป็นต้องแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าคนทั่วไป เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง และการรักษา ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการป่วยนาน อาจมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นเนื่องจากมีประสบการณ์และโอกาสในการเรียนรู้มากขึ้น และสถานบริการที่ใช้บริการและสิทธิการรักษา การเข้าถึงสถานบริการที่ต่างกัน เช่น โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก และสิทธิการรักษาที่หลากหลาย อาจทำให้บุคคลได้รับข้อมูลและคำแนะนำด้านสุขภาพที่ต่างกัน ซึ่งมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพของบุคคลมีผลต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Keene Woods และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มประเมินสุขภาพตนเองว่าดีมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีหรือดีมีโอกาสมิมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพปานกลางหรือไม่ดีประมาณ 1.60 เท่า ($OR = 1.60$, $95\% CI 1.34-1.90$) นอกจากนี้ การที่บุคคลที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น อาจเนื่องมาจากการที่บุคคลกลุ่มนี้มีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้และเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อการจัดการดูแลตนเองที่

เหมาะสม ส่วนสิทธิการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น อาจเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dinh และ Bonner⁽¹⁸⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค โดยเฉพาะมิติของการประเมินข้อมูลสุขภาพ (Critical Health Literacy) การมีข้อมูลเพียงพอในการจัดการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองมากกว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาสะท้อนว่าผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จะสามารถตัดสินใจด้านสุขภาพและจัดการโรคเรื้อรังของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเน้นบทบาทสำคัญของบุคลากรสุขภาพในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการสื่อสารที่เข้าใจง่าย การใช้เทคนิค Teach-back การแนะนำแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพควรดำเนินควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เอื้อต่อการเรียนรู้และการตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อยกระดับพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wiecek และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ผู้ที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 1 โรค, 2 โรค และตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p < 0.01$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 2 โรค และตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง) มีโอกาสสูงกว่าที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ไม่เพียงพอ (Inadequate Health Literacy) หรือ มีปัญหา (Problematic Health Literacy) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทั้งสองการเปรียบเทียบมีค่า $p < 0.01$)

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ภายใต้กรอบแนวคิดของ Nutbeam⁽²⁰⁾ ที่อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการเข้าถึง (Access) การทำความเข้าใจ (Understand) การประเมิน (Appraise) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (Apply) ซึ่งล้วนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคล สังคม และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้เพียงพอ และสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ จึงมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. กำหนดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นนโยบายสาธารณะ สร้างทักษะให้ประชาชน มีการส่งเสริมกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
2. ควรมีพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มวัยต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้มากขึ้นในรูปแบบการวิจัยและพัฒนาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. ควรนำเสนอข้อมูลให้พื้นที่ ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพที่ควรพัฒนา Area Based เพื่อนำข้อมูลวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ตรงกับปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย
2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย นำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบแนวทางการสื่อสารสุขภาพสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเน้นการฝึกทักษะการสื่อสารแบบย้อนกลับ (Teach-back method) เพื่อให้สามารถส่งมอบข้อมูลถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อที่จะได้มาซึ่งข้อมูลในการกำหนดกลยุทธ์และออกแบบกระบวนการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อหาปัจจัยอื่น ๆ ที่จะส่งผลต่อความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development; 2017.
2. World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. แผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง). 2563.
4. Nutbeam D: The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008,67(12):2072–2078 3.
5. Oo WM, Khaing W, Mya KS, Moh MM. Health literacy-is it useful in prevention of behavioral risk factors of NCDs. Int J Res Med Sci. 2015 Sep;3(9):2331-6.
6. Wimon Roma and Saichon Kloyiam. Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above, 2019. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2019.
7. Lima ACP, Maximiano-Barreto MA, Martins TCR, Luchesi BM. Factors associated with poor health literacy in older adults: A systematic review. Geriatr Nurs. 2024 Jan-Feb; 55:242-254.
8. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2021 Apr 1;42(1):159-73.
9. Niedorys B, Chrzan-Rodak A, Ślusarska B. Health Literacy—a review of research using the European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q16) in 2010-2018. Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century. 2020;19(1):29-41.
10. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, Mortensen RN, Maindal HT, Bøggild H, Nielsen G, Torp-Pedersen C. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC public health. 2020 Dec; 20:1-2.
11. Keene Woods N, Ali U, Medina M, Reyes J, Chesser AK. Health literacy, health outcomes and equity: a trend analysis based on a population survey. Journal of Primary Care & Community Health. 2023 Feb; 14:21501319231156132.

12. Arriaga M, Francisco R, Nogueira P, Oliveira J, Silva C, Câmara G, Sørensen K, Dietscher C, Costa A. Health literacy in Portugal: results of the health literacy population survey project 2019–2021. International
13. สุพัตรา เสนาใหญ่, ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, มนฤดี แสงวงศ์ และสิริรัมภา การะนนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565;5(1):62-72.
14. ชัญญา อนุเคราะห์, ปัญชลิกา นาคคงคำ และนุสรี ศิริพัฒน์. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ล้านนา 2564; 11(1): 1-14.
15. ศรีสุตา บุญขยาย. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download/?did=207593&id=80115&reload=>
16. เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, อรุณี ยันตรปรกรณ์, ปาริชาติ จันทรเทีย, เฉลิมชัย เพาะบุญ, นลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองของ ประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564 17;4(3):187-203.
17. Keene Woods N, Shahid R, Campbell S, McLachlan S, Harris MF. Health literacy, health outcomes and equity: a trend analysis based on a population survey. J Prim Care Community Health. 2023; 14:21501319231156132.
18. Dinh TTH, Bonner A. Exploring the relationships between health literacy, social support, self-efficacy and self-management in adults with multiple chronic diseases. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):923.
19. Wiecek M, Meier C, Vilpert S, Reinecke R, Borrat-Besson C, Maurer J, et al. Association between multiple chronic conditions and insufficient health literacy: cross-sectional evidence from a population-based sample of older adults living in Switzerland. BMC Public Health. 2023;23(1):253.
20. Nutbeam D: The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008,67(12):2072–2078 3.