

สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่  
เขตสุขภาพที่ 6

THAI HEALTH LITERACY SURVEY (THL-S) OF THAIS AGED 15 YEARS AND  
ABOVE IN THE HEALTH REGION 6

ศิริพร จริยาจิรวัฒนา

ภัทรพร บุตรดี

ดรุณี ศรีประดู่

ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

**หลักการและเหตุผล:** การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup> และข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2557 ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ความสุขของการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 16.0 สัดส่วนของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.2 การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในผู้สูงอายุ ร้อยละ 31.3 พฤติกรรมการกินพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76 กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน กินผักผลไม้ปริมาณเพียงพอต่อวัน ร้อยละ 2.4<sup>2</sup> จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีพ.ศ. 2558 พบว่า คนไทยอ่านหนังสือเฉลี่ย 66 นาทีต่อวัน ลดลงทุกกลุ่มวัยเมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2556 โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุ อัตราการอ่านลดลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่งที่มีการอ่าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอาจจะรุนแรงขึ้น เมื่อประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์<sup>3</sup>

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดต่ำลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง<sup>4</sup> หากประชากรส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลให้ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น<sup>5</sup> ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)<sup>1</sup> ข้อที่หนึ่งกำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง”

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หน่วยงานต่าง ๆ ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพของประชากรไทย แต่ยังไม่มียข้อมูลที่สามารถใช้อ้างอิงระดับเขตสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จึงเห็นความสำคัญของการมีข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการ ออกแบบและวางแผนการดำเนินงานทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการสำหรับสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพให้กับประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ในการดำเนินงานส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อระบุกลุ่ม ประชากรกลุ่มเสี่ยง

### สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและปัจจัยด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

### นิยามศัพท์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม<sup>6</sup>

บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ คือ บุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการที่จะปฏิบัติ ทักษะหรือสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้ บุคคลนั้น ๆ ต้องผ่านกระบวนการคิด และมี ทักษะทางสังคมในระดับที่เพียงพอ เช่น การอ่าน เขียน การคิดคำนวณ การเรียกคืนความจำ การ ตีความหมาย การหาความเชื่อมโยง การพูดคุยซักถาม<sup>7</sup>

การสำรวจครั้งนี้แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามจำนวนข้อคำถามที่ผู้ตอบเลือกตอบทำ ไม่เป็น ยาก หรือยากมาก โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ คือ สืบค้นและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซักถามเพื่อ คลายความสงสัยบ่อยครั้ง และตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้โดยง่ายถึงง่ายมาก โดย พบว่า มีความยากถึงยากมากในบางบริบท (จำนวนข้อที่เลือกตอบทำไม่เป็น ยาก หรือยาก น้อยกว่า 17 ข้อ จาก 34 ข้อ)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คือ ไม่สืบค้น หรือสืบค้นข้อมูลได้ยากมาก ไม่เข้าใจ

หรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ยากมาก ไม่ซักถามเพื่อคลายความสงสัย และไม่ตัดสินใจทำอะไรหรือตัดสินใจได้ยากมาก ถึงแม้จะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว (จำนวนข้อที่เลือกตอบทำไม่เป็น ยาก หรือ ยาก ตั้งแต่ 17 ข้อขึ้นไปจาก 34 ข้อ)

### **วิธีดำเนินการวิจัย**

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross - sectional household survey) โดยเก็บข้อมูลประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือนอย่างน้อย 6 เดือน (นับย้อนจากวันที่สัมภาษณ์) และเกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2547 ในเขตสุขภาพที่ 6

สุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) สุ่มหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่งได้ 3 จังหวัด สุ่มหน่วยตัวอย่างขั้นที่สองได้เขตเจียงนั้บ 22 EA สุ่มหน่วยตัวอย่างขั้นที่สามได้จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 330 ครัวเรือน เก็บข้อมูลประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคนที่อาศัยในครัวเรือนที่สุ่มได้ จำนวน 595 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ของสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน 42 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ โดยเครื่องมือนี้มีความเที่ยงตรง หรือ ค่า Cronbach's alpha 0.9411

การเก็บและรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ช่วงเดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2562 การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ โดยวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-square test) และการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) นำเสนอความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติไค-สแควร์ อัตรา (OR) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95%

โครงการสำรวจฯ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย เลขที่ 50-1/2561 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2560

### **ผลการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.80 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.96 อ่านและเขียนหนังสือไม่คล่อง ร้อยละ 75.52 และ 73.44 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.64 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 52.96 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.84 ความเพียงพอของรายได้พอใช้อยู่ได้สบาย ๆ ร้อยละ 45.12 และส่วนใหญ่มีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 79.36

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 6 อยู่ที่ 89.71 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 15.26 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.1 ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 52.8 สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 37.3 และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 30.7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ กลุ่มอายุ การอ่าน/เขียนหนังสือ ปัจจัยเชิงสังคมและเศรษฐกิจ คือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การมีบทบาทในชุมชน และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสุขภาพ คือ การได้ยินและการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร (N=595)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		p-value
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>			
กลุ่มอายุ			0.000*
15-24 ปี	90.00	10.00	
25-45 ปี	93.52	6.48	
46-59 ปี	81.32	18.68	
60 ปีขึ้นไป	62.25	37.75	
การอ่าน			0.000*
อ่านไม่ได้	41.94	58.06	
อ่านไม่คล่อง	57.39	42.61	
อ่านได้คล่อง	83.52	16.48	
การเขียน			0.000*
เขียนไม่ได้	34.78	65.22	
เขียนไม่คล่อง	58.82	41.18	
เขียนได้คล่อง	83.95	16.05	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร (N=595)	ความรู้ด้านสุขภาพ		p-value
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
ปัจจัยเชิงสังคม และ เศรษฐกิจ			0.000*
สถานภาพสมรส			
โสด	85.19	14.81	
สมรส	77.96	22.04	
หย่าร้างหรือม่าย	63.48	36.52	
ระดับการศึกษา			0.000*
ไม่ได้เรียน	47.22	52.78	
ประถม	70.09	29.91	
ม.ต้น	89.47	10.53	
ม.ปลาย/ปวช.	85.87	14.13	
กลุ่มอาชีพ			0.001*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	70.79	29.21	
เกษตรกร	64.29	35.71	
ธุรกิจส่วนตัว	83.58	16.42	
รับจ้างทั่วไป	79.51	20.49	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการบำนาญ	100.00	0.00	
พนักงานบริษัทเอกชน	88.89	11.11	
นักเรียน/ นักศึกษา	86.36	13.64	
ความเพียงพอของรายได้			0.008*
ขาดสน	61.29	38.71	
พอใช้บางเดือน	75.36	24.64	
พอใช้อยู่ได้สบายๆ	81.30	18.70	
เหลือเก็บ	72.22	27.78	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร (N=595)	ความรู้ด้านสุขภาพ		p-value
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
การมีบทบาทในชุมชน			0.000*
ไม่มี	72.52	27.48	
มี	91.38	8.62	
ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ			
ไม่ได้รับ (เทียบได้รับข้อมูล)	54.10	45.90	0.000*
หนังสือพิมพ์/วารสาร (เทียบกับไม่ได้รับ)	85.15	14.85	0.021*
อินเทอร์เน็ต ไลน์ เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ (เทียบกับไม่ได้รับ)	94.52	5.48	0.000*
คนรอบข้าง อาทิ คนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน (เทียบกับไม่ได้รับ)	80.00	20.00	0.052*
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร	79.31	20.69	0.003*
ทันตแพทย์ อสม. (เทียบกับไม่ได้รับ)			
ปัจจัยด้านสุขภาพ			
การได้ยิน			
ไม่มีปัญหา	77.84	22.16	0.007*
มีปัญหา	62.30	37.70	
ผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์			0.001*
ไม่เคยตรวจ	81.93	18.07	
เคยตรวจแต่ไม่พบ	83.50	16.50	
เคยตรวจและพบโรค	69.93	30.07	
ความดันสูง (เทียบกับไม่เป็น)	79.67	20.33	0.007*
โรคถุงลมโป่งพอง (เทียบกับไม่เป็น)	70.76	29.24	0.007*

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้จำกัดภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ การเขียนหนังสือ บทบาทในชุมชน การรับข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และการ

ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กล่าวคือ คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า (95%CI = 1.25-11.01) คนที่เขียนไม่คล่องมีโอกาที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่เขียนได้คล่อง 2.13 เท่า (95%CI= 1.32-3.45) และคนที่เขียนไม่ได้มีโอกาที่จะมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่เขียนได้คล่อง 3.47 เท่า (95%CI= 1.30-9.24) คนที่ไม่มีบทบาทในชุมชนโอกาสที่จะมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่มียบทบาทในชุมชน 3.98 เท่า (95%CI= 1.94-8.17) คนที่ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊กมีโอกาที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 4.21 เท่า (95%CI=2.13-8.33)และยังพบว่าคนที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาที่จะมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 1.81 เท่า (95%CI=1.11-2.95)

**ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ**

ตัวแปร	B	S.E.	P-value	OR	95% CI for OR	
					Lower	Upper
กลุ่มอายุ (ref. = 15-24 ปี)			0.002			
25 - 45 ปี	-0.270	0.648		0.76	0.21	2.72
46 - 59 ปี	0.765	0.558		2.14	0.72	6.42
60 ปีขึ้นไป	1.311	0.555		3.71	1.25	11.01
การเขียน (ref.=เขียนได้คล่อง)			0.001			
เขียนไม่ได้	1.245	0.500		3.47	1.30	9.24
เขียนไม่คล่อง	0.758	0.246		2.13	1.32	3.45
ไม่มีบทบาทในชุมชน (ref.= มีบทบาท)	1.382	0.366	0.000	3.98	1.94	8.17
ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก (ref. = ได้รับ)	1.439	0.347	0.000	4.21	2.13	8.33
ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ref. = ได้รับ)	0.594	0.250	0.017	1.81	1.11	2.95
ค่าคงที่	-4.686	0.646	0.000	0.01		

## สรุปและอภิปรายผล

ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเขตสุขภาพที่ 6 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 89.71 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือร้อยละ 66 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงร้อยละ 84.84 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 15.26 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุดคือ การไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก รองลงมาคือ การที่ไม่มีบทบาทในชุมชน กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปและการเขียนไม่ได้

คนไม่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต ไลน์ เฟซบุ๊ก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต ไลน์ เฟซบุ๊ก 4.21 เท่า เนื่องจากปัจจุบันความทันสมัยทางด้านเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์สื่อต่าง ๆ ที่ไร้พรมแดน ซึ่งมีความหลากหลายสามารถดึงดูดความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแหล่งข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้สื่อดิจิทัล: การประเมินเครื่องมือวัดทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพรูปแบบอย่างง่ายที่สัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาวิทยาลัยอเมริกันและแอฟริกัน พบว่า การใช้สื่อดิจิทัล เช่น เว็บไซต์ และแอปพลิเคชันมาใช้ในการปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ลดปัญหาความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการใช้สื่อดิจิทัลผ่านเว็บไซต์และแอปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงบวก<sup>6</sup> คนที่ไม่มีบทบาทในชุมชนโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่มียบทบาทในชุมชน 3.98 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาเรื่อง “ระดับความรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพของครูในโรงเรียนเขตการศึกษาในโคลัมโบศรีลังกา” ที่พบว่า ครูที่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมสุขภาพ / กลุ่มสวัสดิการในชุมชนในหกเดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ( $p = 0.002$ )<sup>7</sup> คนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าอายุ 15 - 24 ปี 3.71 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพต่ำในระดับสูง ซึ่งกลุ่มที่มีลักษณะความรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ มักมีแนวโน้มที่มีความชุกมากในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ<sup>8</sup> เนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความสามารถในการรู้คิดลดลง เป็นการยากที่จะทำความเข้าใจหรือระลึกเกี่ยวกับสิ่งใหม่ และด้วยความบกพร่องทางกาย เช่น ปัญหาในการได้ยินหรือปัญหาทางการมองเห็นจะส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงกระบวนการทางสุขภาพ<sup>9</sup> จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ากลุ่มวัยผู้สูงอายุมักมีความรอบรู้สุขภาพต่ำ คนที่เขียนไม่ได้มีโอกาที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่เขียนได้คล่อง 3.47 เท่า การอ่านออกเขียนได้ทำให้คนนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้เกิดความสามารถด้านการใช้ภาษาที่ดีขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งการอ่านออกเขียนได้ของ



ประชาชนส่งผลดีต่อสังคม ผู้ที่อ่านออกเขียนได้ จะมีรายได้สูงกว่า มีโอกาสได้งานทำมากกว่า มีส่วนร่วมต่อกิจกรรมของสังคม และมีความเป็นอยู่ที่ดีกว่า โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ วิตถจากการอ่านออกเขียนได้จะสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า กรณีที่เป็นโรคไม่ติดต่อจะดูแลตนเองและประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองได้น้อยกว่ากลุ่มรอบรู้ด้านสุขภาพ<sup>10</sup> และคนที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 1.81 เท่า ซึ่งความสามารถในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นแตกต่างกันตามบริบท โดยขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลและระบบ ได้แก่ ปัจจัยในเรื่องความสามารถในการสื่อสาร ความรู้ในเรื่องสุขภาพ และลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุข หรือพื้นที่ต่าง ๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร ในพื้นที่ที่ระบบสาธารณสุขใช้ภาษาที่ยากต่อความเข้าใจของประชาชน จะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน<sup>10</sup>

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. มีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในเขตสุขภาพที่ 6
2. มีข้อมูลเพื่อวางแผนการทำงานและพัฒนามาตรการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้กำหนดนโยบายสามารถนำข้อมูลการสำรวจไปใช้พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทาง ปฏิบัติในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 6

### **ข้อเสนอแนะ**

1. ควรกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนให้คนในชุมชนมีบทบาทหรือเป็นสมาชิกของกลุ่มชมรมในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากการสำรวจนี้พบว่า ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าคนที่ไม่มียบทบาท และยังพบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น
2. ออกแบบและเผยแพร่สื่อ multi media หรือ social media ที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเพื่อเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต พร้อมทั้งพัฒนากลไกและกระบวนการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร โดยมีการสร้างความร่วมมือแบบภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน เพื่อการเฝ้าระวังตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่ถูกต้อง และเป็นภัยกับประชาชน
3. บุคลากรสาธารณสุข ต้องสื่อสารให้ผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และเป็นหน้าที่ที่

จะสนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ให้กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่เขียนหนังสือไม่ได้และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งออกแบบการดำเนินการ รวมทั้งประเมินผลเกี่ยวกับการบริการข้อมูลข่าวสารและบริการที่จัดให้ว่าผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงและมีความเข้าใจมากน้อยเพียงไร

4. กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ “ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชน” และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
3. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. เจาะลึก Health Literacy. ในเอกสารการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพยุค 4.0. ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560. หน้า 8-23.
4. Mancuso JM. Health Literacy: A concept/ dimensional analysis. Nurs Health Sci 2008; 10(3):248-55.
5. World Health Organization. Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion. Kenya: Nairobi; 2009.
6. 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; 4:1–8.
7. Denuwara, H. M. B. H. and Gunawardena, N. S. “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
8. Wolf, M.S., Gazmararian, J.A., & Baker, D. Health literacy and functional health status among older adults. Archives of Internal Medicine, 2005; 165(17): 1946-1952.
9. Chesser, A. K., Woods, N. K., Smothers, K., & Rogers, N. Health literacy and older adults: A systematic review. Gerontology and Geriatric Medicine. 2016; 2:1-13.

10. Comparative report on health literacy in eight EU member states The European Health Literacy Project 2009-2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012.