

ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เขตสุขภาพที่ 3

Result of Health Literacy Tuberculosis Model for risk groups in Regional Health Area 3.

ศศิกานต์ มาลากิจสกุล ค.ม.*

Sasigan Malakitsakul M.Ed. (Health Promotion)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3

Office of Disease Prevention and Control 3

จังหวัดนครสวรรค์

Nakhon Sawan Province

Received: September 15, 2020 Revised: October 10, 2020, Accepted: March 5, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างเป็น 7 กลุ่มเสี่ยงวัณโรค คือ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรสาธารณสุข และแรงงานข้ามชาติ/ผู้อาศัยในชุมชนแออัด จำนวน 333 ราย สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) จากฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน ปี 2562 จำนวน 3,162 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงวัณโรคก่อนและหลังดำเนินการ แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ผ่าน พื้นฐาน ดี และดีมาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 33.93) รองลงมาเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 23.42) และผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 13.21) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพวัณโรคหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 69.43) ไปสู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 85.41) ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวัณโรคทำให้กลุ่มเสี่ยงวัณโรคมีความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลป้องกันตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ปลอดภัยจากวัณโรค ควรติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับรูปแบบให้ทันต่อสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่

Abstract

This study was a quasi-experimental research conducted on 333 samples from 7 tuberculosis risk groups including physical contactors, above-sixty-year-old elderlies, diabetic patients, prisoners, HIV infected, healthcare personnel and foreign workers/slum area residents. The samples were selected by Multi-stage sampling from 2019, Regional Health Area 3's database of 3,162 registered people from the risk groups. The purposes were to study on the result of Health literacy Tuberculosis Model with 4 criteria as Fail, Fair, Good,

and Very Good. The data were statistically analyzed by Frequency Distributions, Mean, Arithmetic Mean, Standard Deviation, and Independent sample t-test. The samples were identified as 113 elderlies (34.98%), 78 physical contactors (24.15%), and 44 diabetic patients (13.62%). Their health literacy was higher than the statistical significance at 0.05. From their health literacy was fair level (69.43%) to very good level (85.41%). The health literacy of tuberculosis for risk groups led to the higher, making them confident to protect themselves, their families, and communities from the disease. It also suggested that the gradual evaluation was required to improve tuberculosis prevention and control.

คำสำคัญ

กลุ่มเสี่ยงวัณโรค

รูปแบบการเสริมสร้างความรู้สุขภาพวัณโรค

เขตสุขภาพที่ 3

Key word

Risk groups of Tuberculosis

Health Literacy Tuberculosis Model

Regional Health Area 3

บทนำ

ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูง⁽¹⁾ โดยปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ. 2578⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 108,000 ราย คิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ จากผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 62,135, 70,117 และ 80,160 ราย ตามลำดับ โดยมีผลสำเร็จการรักษาในปี 2558 และ 2559 ร้อยละ 79 และ 83 ตามลำดับ⁽⁴⁾ สอดคล้องกับสถานการณ์วัณโรคของเขตสุขภาพที่ 3 ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปีงบประมาณ 2560-2562 (11 เดือน) ร้อยละ 83.8, 84.5 และ 82.7 ตามลำดับ ถึงแม้จะมีแนวโน้มของผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น แต่ก็ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย และการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพียง 2,748 ราย จากเป้าหมาย 4,673 ราย⁽⁵⁾

ประเทศไทยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์วัณโรค ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบ “แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564” โดยมีมาตรการหลักในการลดอุบัติการณ์วัณโรค 1) เร่งรัดการค้นหาและวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 2) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกราย ให้มีความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90

ดังนั้นเพื่อนำไปสู่การยุติปัญหาวัณโรคจึงจำเป็นต้องเร่งการติดตามประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมาตรการเสริมคือการเสริมสร้างความรู้สุขภาพวัณโรคเพื่อช่วยเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานตามแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรค

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นการเสริมทักษะและสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน

กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองวีเซฟ⁽⁶⁾ (V-shape) มี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ชักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อมากกว่าการสอนให้รู้แต่ไม่ลงมือทำ และยังเป็นการสร้างทักษะในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากช่องทางการเผยแพร่ต่าง ๆ จนสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริง หรือข้อมูลลงได้ สามารถนำข้อมูลสุขภาพที่เป็นจริงไปประกอบการตัดสินใจ วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับผู้ให้บริการและมีความคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้สุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้สุขภาพ ร้อยละ 65 มีความรอบรู้สุขภาพในเรื่องผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพน้อยที่สุด รองลงมาการบริการสุขภาพ ร้อยละ 19 หรือ 10 ล้านคน มีความรอบรู้สุขภาพไม่เพียงพอที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพและบริการสุขภาพพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ เขตสุขภาพที่ 3 มีสัดส่วนของคนที่มีความรอบรู้สุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 80.48 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.52⁽⁷⁾

ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่จังหวัดชัยนาท นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร และพิจิตร จึงนำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพไว้ในกลุ่มเสี่ยงโรคมาใช้เป็นมาตรการเสริมเพื่อสนับสนุนแผนงานควบคุมโรคในพื้นที่ ให้บรรลุเป้าหมายความครอบคลุมการรักษาวินโรคให้ได้มากกว่า ร้อยละ 85 ในปีงบประมาณ 2563 และมากกว่าร้อยละ 87.5 และ 90 ในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพวินโรคในกลุ่มเสี่ยงวินโรค เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวินโรค ในกลุ่มเสี่ยงวินโรค เขตสุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มเสี่ยงวินโรค หมายถึง กลุ่มของประชากรที่มีโอกาสป่วยหรือได้รับเชื้อวินโรคมากที่สุดเป็นลำดับแรก ของกลุ่มเสี่ยงวินโรคที่ขึ้นทะเบียนในเขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวินโรค ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรสาธารณสุข และแรงงานข้ามชาติ/ผู้อาศัยในชุมชนแออัด

การสร้างความรอบรู้สุขภาพวินโรค หมายถึง การพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการสร้างพฤติกรรมการป้องกันวินโรค และสามารถพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ปลอดภัยจากวินโรค โดยใช้กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตาม 6 องค์ประกอบของแบบจำลองวีเซฟ (V-shape)

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลความรอบรู้สุขภาพวินโรคก่อนและหลังการดำเนินการระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ประชากรเป็น 7 กลุ่มเสี่ยงวินโรคที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2562 จำนวน 3,162 ราย โดยศึกษาใน 7 กลุ่มเสี่ยงวินโรค จำนวน 1,916 ราย ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวินโรค จำนวน 462 ราย ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 672 ราย ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 261 ราย ผู้ต้องขังในเรือนจำ

จำนวน 121 ราย ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จำนวน 233 ราย
บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 13 ราย และแรงงานข้าม
ชาติ/ผู้อาศัยในชุมชนแออัด จำนวน 154 ราย

กลุ่มตัวอย่างเป็น 7 กลุ่มเสี่ยงโรค จำนวน
333 ราย กำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางของเครจซี่
และมอร์แกน (Krejcie and Morgan. (1970)⁽⁸⁾ ที่
ระดับความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 และความเชื่อมั่น
ร้อยละ 95 สุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน
(Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น
(Stratified random sampling) ตามประชากรใน 7
กลุ่มเสี่ยงโรค โดยคำนวณหาค่าสัดส่วน
(Proportion to size) ดังนี้

7 กลุ่มเสี่ยงโรค	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค	462	78
ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	672	113
ผู้ป่วยเบาหวาน	261	44
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	121	20
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	233	39
บุคลากรสาธารณสุข	13	13
แรงงานข้ามชาติฯ	154	26
รวม	1,916	333

ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified
random sampling) จากกลุ่มเสี่ยงใน 5 จังหวัดที่รับ
ผิดชอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกระจายครอบคลุมทุก
จังหวัด จึงใช้วิธีแบบแบ่งชั้นที่ไม่อาศัยสัดส่วนโดย
แบ่งเป็นโควตา (Quota) ของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วม
ดำเนินการก่อนและหลังด้วยความสมัครใจ (ถ้าเกิน
50 คน จะสุ่ม 2 จังหวัด) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
333 ราย ดังนี้

1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค สุ่มได้จังหวัด
นครสวรรค์ และชัยนาท จำนวน 78 ราย

2. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สุ่มได้จังหวัดกำแพงเพชร และ
อุทัยธานี จำนวน 113 ราย

3. ผู้ป่วยเบาหวาน สุ่มได้จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 44 ราย

4. ผู้ต้องขังในเรือนจำ สุ่มได้จังหวัดกำแพงเพชร
จำนวน 20 ราย

5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สุ่มได้จังหวัดพิจิตร จำนวน 39 ราย

6. บุคลากรสาธารณสุข สุ่มได้จังหวัดพิจิตร จำนวน 13 ราย

7. แรงงานข้ามชาติ/ผู้อาศัยในชุมชนแออัด สุ่มได้
จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 26 ราย

ดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ
โรค ตาม 6 องค์ประกอบของวีเซฟ (V-shape) แยก
ดำเนินการเป็นรายกลุ่มเสี่ยง องค์ประกอบละ 1 ชั่วโมง
รวม 6 ชั่วโมง ใช้วิธีการบรรยาย ชมคลิปวิดีโอ และฝึก
ปฏิบัติโดยผู้วิจัยและคณะทำงาน ดังนี้

1. การเข้าถึง ให้ค้นหาข้อมูล และตรวจสอบความน่า
เชื่อถือของข้อมูลโรคจากสื่อช่องทางต่างๆ เช่น อิน
เทอร์เน็ต สมาร์ทโฟน เป็นต้น

2. การเข้าใจ ให้จดจำ และทำความเข้าใจข้อมูลโรค
โดยการอธิบายข้อมูลกลับ และสถานการณ์สมมติ

3. ได้ถาม ฝึกใช้คำถามเรื่องการสอบถามข้อมูลและ
การป้องกันโรค

4. ตัดสินใจ ฝึกการตัดสินใจตามกระบวนการ 4 ขั้น
ตอน คือ ระบุปัญหา กำหนดทางเลือก ประเมินทาง
เลือก และแสดงจุดยืนในการป้องกันโรคใน
สถานการณ์สมมติ

5. นำไปใช้ นำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อ
ป้องกันโรคในสถานการณ์สมมติ

6. บอกต่อ ฝึกนำเสนอข้อมูลการป้องกัน
โรคในสถานการณ์สมมติ

ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562
ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน
ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความรอบรู้ฯ ก่อนดำเนินการ
ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2562

ขั้นตอนที่ 2 เสริมสร้างความรอบรู้ฯ ระหว่างเดือน
มกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความรอบรู้ฯ หลังดำเนินการ
ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น
แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพวัณโรค ของคณะ
ทำงานแผนงานป้องกันวัณโรคระดับภาคเหนือร่วมกัน
พัฒนาปรับปรุงจากแบบสอบถามของกรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักสื่อสาร
ความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุม
โรค ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ⁽⁹⁾ หาค่าความตรง
เชิงเนื้อหา (Content validity) จากค่าดัชนีความ
สอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence :
IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเท่ากับ 0.80-
1.00 ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ตั้งแต่ 0.20
ขึ้นไป ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดย
นำไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่ม
เป้าหมาย จำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรคำนวณ
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) เท่ากับ 0.88 ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือก
ตอบ และเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ชื่อ, ที่ตั้ง
ชุมชน, หมู่บ้าน, เพศ, อายุ, ประเภทกลุ่มเสี่ยงวัณโรค
และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 สอบถามความรอบรู้สุขภาพด้าน
วัณโรค จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบที่ตรงกับ
การปฏิบัติของผู้ตอบมากที่สุดตามมาตรวัดของลิเคิร์ต
(Likert Scale)⁽¹⁰⁾ มีเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน
ดังนี้ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, และน้อยที่สุด
ตามลำดับ ให้คะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน
ตามลำดับ เกณฑ์การจัดระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้

สุขภาพวัณโรค คะแนนเต็ม 70 คะแนน คิดเป็นร้อยละ
100 คะแนน ดังนี้⁽¹¹⁾

การจัดระดับ	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)
ไม่ผ่าน	น้อยกว่า 60
พื้นฐาน	60 – 69
ระดับดี	70 – 79
ระดับดีมาก	80 – 100

โดยนำไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
เองในรายที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาทาง
ภาษาและสายตา ส่วนในรายที่ไม่สามารถตอบ
แบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะสอบถามกลุ่มตัวอย่างเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง
ของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อย
ละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ
ที่เพื่อเปรียบเทียบผลของความรอบรู้สุขภาพวัณโรค และ
สถิติการทดสอบที (Independent sample t-test)

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงผู้สูง
อายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 33.93)
รองลงมาเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 78 ราย
(ร้อยละ 23.42) ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 44 ราย (ร้อย
ละ 13.21) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 39 ราย (ร้อยละ
11.71) แรงงานข้ามชาติ/ผู้อาศัยในชุมชนแออัด
จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 7.82) ผู้ต้องขังในเรือนจำ
จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 6.01) และบุคลากร
สาธารณสุข จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 3.90)

2. ความรอบรู้สุขภาพวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยง
วัณโรค เขตสุขภาพที่ 3 ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับ
พื้นฐาน (ร้อยละ 69.43) โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้
สุขภาพวัณโรคสูงที่สุด คือ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

(ร้อยละ 79.48) รองลงมาบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 77.78) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 77.12) กลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพวันโรคต่ำที่สุด คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 61.5)

รองลงมา ผู้ป่วยเบาหวาน (ร้อยละ 65.18) และผู้ต้องขังในเรือนจำ (ร้อยละ 65.95) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงวันโรค เขตสุขภาพที่ 3 (ก่อน-หลังดำเนินการ)

7 กลุ่มเสี่ยงวันโรค เขตสุขภาพที่ 3	คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพวันโรค (ร้อยละ)							t-test
	ก่อนดำเนินการ				หลังดำเนินการ			
	N	x	S . D .	แปลผล	x	S.D.	แปลผล	
1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวันโรค	78	79.48	9.82	ดี	87.18	7.14	ดีมาก	8.808**
2. ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	113	61.50	12.91	พื้นฐาน	83.61	7.15	ดีมาก	16.116**
3. ผู้ป่วยเบาหวาน	44	65.18	12.27	พื้นฐาน	84.55	6.17	ดีมาก	29.991**
4. ผู้ต้องขังในเรือนจำ	20	65.95	7.13	พื้นฐาน	84.81	6.15	ดีมาก	11.075**
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	39	77.12	8.29	ดี	87.68	5.64	ดีมาก	10.881**
6. บุคลากรสาธารณสุข	13	77.78	7.37	ดี	92.41	9.24	ดีมาก	6.500**
7. แรงงานอพยพข้ามชาติฯ	26	75.58	9.09	ดี	88.33	6.69	ดีมาก	13.790**
รวม	333	69.43	12.24	พื้นฐาน	85.41	6.85	ดีมาก	26.304**

3. ความรอบรู้สุขภาพวันโรค ในกลุ่มเสี่ยงวันโรค เขตสุขภาพที่ 3 หลังดำเนินการอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 85.41) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพสูงที่สุด คือ บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 92.41) รองลงมา แรงงานอพยพ/ข้ามชาติ (ร้อยละ 88.33) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 87.68) กลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพต่ำที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 83.61) รองลงมา ผู้ป่วยเบาหวาน (ร้อยละ 84.55) และ ผู้ต้องขังในเรือนจำ (ร้อยละ 84.81) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

4. ความรอบรู้สุขภาพวันโรค ในกลุ่มเสี่ยงวันโรค เขตสุขภาพที่ 3 ก่อนดำเนินการ ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การนำไปใช้ (ร้อยละ 76.59)

รองลงมา การตัดสินใจ (ร้อยละ 74.23) และการบอกต่อ (ร้อยละ 72.29) ตามลำดับ และทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การเข้าถึง (ร้อยละ 67.79) รองลงมา การเข้าใจ (ร้อยละ 69.15) และการไต่ถาม (ร้อยละ 70.74) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

5. ความรอบรู้สุขภาพวันโรค ในกลุ่มเสี่ยงวันโรค เขตสุขภาพที่ 3 หลังดำเนินการ ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การนำไปใช้ (ร้อยละ 70.74) รองลงมา การตัดสินใจ (ร้อยละ 89.29) และการบอกต่อ (ร้อยละ 87.87) ตามลำดับ และทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การเข้าถึง (ร้อยละ 83.13) รองลงมา การไต่ถาม (ร้อยละ 84.19) และการเข้าใจ (ร้อยละ 86.25) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพวินโรคของกลุ่มเสี่ยงวินโรค เขตสุขภาพที่ 3 แยกรายทักษะ

		คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพวินโรค (ร้อยละ)						t-test
ความรอบรู้สุขภาพ	N	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			
		$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	
1. การเข้าถึง	333	67.79	3.11	พื้นฐาน	83.13	2.01	ดีมาก	35.608**
2. การเข้าใจ		69.15	2.22	พื้นฐาน	86.25	1.32	ดีมาก	40.551**
3.การไต่ถาม		70.74	2.01	ดี	84.19	1.30	ดีมาก	41.310**
4. การตัดสินใจ		74.23	1.83	ดี	89.29	1.11	ดีมาก	35.038**
5. การนำไปใช้		76.59	2.03	ดี	90.86	1.00	ดีมาก	38.074**
6. การบอกต่อ		72.29	3.13	ดี	87.87	1.81	ดีมาก	34.050**

สรุปและอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงวินโรคอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 113 ราย (ร้อยละ 33.93) รองลงมา คือ ผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของจรัสศรี ศรีเวียง และคณะ¹² ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการตำบลต้นแบบ ลดวินโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา” พบว่ากลุ่มเสี่ยงวินโรคส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 114 ราย (ร้อยละ 80.85) และผู้ป่วยวินโรครายใหม่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน รายเก่า ร้อยละ 50 และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศราวุฒิ ขวัญขารี และคณะ¹³ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวินโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย พบว่า ควรตรวจคัดกรองผู้ป่วยวินโรคในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะผู้ที่มิผู้ป่วยวินโรคร่วมบ้าน เคยสัมผัสผู้ป่วยวินโรค และมีระดับ HbA1c $\geq$ 7.0% เพื่อขึ้นทะเบียนรักษาได้ทันเวลาและลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

2. ความรอบรู้สุขภาพวินโรค ในกลุ่มเสี่ยง

วินโรค เขตสุขภาพที่ 3 ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับพื้นฐาน คิดเป็นร้อยละ 69.43 สอดคล้องกับการสำรวจของกรมอนามัยที่พบว่าความรอบรู้สุขภาพของคนไทย พ.ศ. 2562 มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65)

3. ก่อนและหลังดำเนินการ กลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพวินโรคน้อยที่สุด คือกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป รองลงมา คือ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขังในเรือนจำ ตามลำดับ โดยทักษะที่กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีระดับคะแนนต่ำกว่าทุกกลุ่ม คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตัดสินใจ และการนำไปใช้ อาจเนื่องด้วยข้อจำกัดทางสภาพร่างกาย และไม่คุ้นชินกับการใช้เทคโนโลยีในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การจดจำและทำความเข้าใจข้อมูลได้น้อย หลงลืมง่าย ทำให้ความรอบรู้สุขภาพในภาพรวมมีระดับคะแนนต่ำกว่าทุกกลุ่ม ในส่วนของผู้ต้องขังในเรือนจำต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของกรมราชทัณฑ์ ทำให้บางทักษะมีข้อจำกัด

สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ¹⁴ ผลสำรวจของสำนักงานสถิติฯ พ.ศ. 2556 พบว่า การอ่านหนังสือของคนไทยลดลง

ไปตามวัย จากวัยเด็ก (ร้อยละ 90.7) เยาวชน (ร้อยละ 89.6) วัยทำงาน (ร้อยละ 79.1) และวัยสูงอายุ (ร้อยละ 52.8) ผู้สูงอายุเพียงครึ่งเดียวเท่านั้นที่มีการอ่าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุจะลดลง

4. ก่อนดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวัยโรค ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ทักษะการเข้าถึง (ร้อยละ 67.79) รองลงมา ทักษะการเข้าใจ (ร้อยละ 69.15) และทักษะการไต่ถาม (ร้อยละ 70.74) ตามลำดับ สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สรส.) พบว่า ทักษะที่เป็นจุดอ่อนของคนไทย คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพ หมายถึง การสืบค้น การค้นหา และรู้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รองลงมา การทบทวน-ซักถาม

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงทำให้ทักษะการเข้าถึง รู้เท่าทันสื่อในยุคดิจิทัล ถูกจำกัดทางด้านการใช้เทคโนโลยี แอปพลิเคชัน สมาร์ทโฟน และภาษาส่วนใหญ่ของสื่อวัยโรคเป็นข้อมูลทางด้านวิชาการ ทำให้เข้าใจ และจดจำได้ยาก เมื่อไปพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตรวจรักษาในสถานพยาบาล ต้องอยู่ภายใต้การจำกัดเวลาเพราะมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก ทำให้ไม่กล้าซักถาม เมื่อมีข้อสงสัยทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเมือง แก้วดำเกิง¹⁵ พบตัวอย่างปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ Health Literacy คือ ผู้ป่วยไม่กล้าถามหมอ อ่านเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวและอ่านฉลากยาไม่ได้ หรืออ่านแล้วไม่เข้าใจ สรุปประเด็นนำไปใช้แบบผิดๆ กินยาไม่ถูกวิธี โรคที่เป็นไม่หาย มีอาการแทรกซ้อน ใช้เวลารักษานานกว่าที่ควรเป็น

5. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวัยโรค ใน 7 กลุ่มเสี่ยงวัยโรค เขตสุขภาพที่ 3 ทำให้ความรอบรู้สุขภาพวัยโรคหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอาจเนื่องมาจากการวัดผลทันทีหลังดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวัยโรค หากต้องการให้เกิดความรอบรู้สุขภาพวัยโรคที่ยั่งยืน ควรมีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพให้เท่าทันต่อสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ดังเป้าหมาย (Goal) ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564)⁽¹⁶⁾ ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง” ซึ่งปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. นำนวัตกรรมด้านสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ในยุคดิจิทัล และกระตุ้นความสนใจในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวก รวดเร็ว ทุกช่องทาง และทุกกลุ่มวัย

2. ควรปรับกลวิธีการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น เพิ่มระยะเวลา จำนวนครั้ง และประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จัดหาสื่อความรู้โรคและภัยสุขภาพที่มีความหลากหลายทางภาษาสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และพัฒนาผู้นำชนเผ่า หรือ ผู้นำชุมชนให้เป็นแกนนำการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพในพื้นที่เสี่ยงโรค

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: WHO 2017:16–17.
2. World Health Organization. Implementing The End TB Strategy: The Essentials. Geneva: WHO 2015:18–19.
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: WHO 2018:35–36.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560–2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ย. 2563]: 18–19. เข้าถึงได้จาก: https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/aids/common_form_upload_file/20180911154249_1823529537.pdf
5. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน เขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2 ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://spbo3.moph.go.th/ket/?p=2438>
6. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017. World Health Organization. [Internet] Available from URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
7. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda For Sustainable Development. sustainabledevelopment.un.org
8. ขัณฑ์กรมนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน: 2561.
9. สำนักโครงการขับเคลื่อนกรมนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://dohhl.anamai.moph.go.th/ewtdl_link.php?nid=112
10. ประสพชัย พสุนนท์. การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์ 2557:7;112–24.
11. เกียรติสุตา ศรีสุข. ระเบียบวิธีวิจัย. ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ครองช้าง: 2547.
12. Likert, R. New Patterns of Management. New York: McGraw-Hill; 1961.
13. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: 2561.
14. จรัสศรี ศรีเวียง. ต่าบลต้นแบบ ลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=888#
15. กิตติราวุฒิ ขวัญขันธ์, พรนภา ศุภรเวทย์ศิริ, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย. วารสารวิชาการสคร.7 จังหวัดขอนแก่น 2559:3:1–11.
16. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558;9(2):1–8.
17. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. [เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง “การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ยุค 40” วันที่ 18–20 พฤษภาคม 2560 ณ โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีชไฮเทล แอนด์ รีสอร์ท เมืองพัทยา ชลบุรี. 2560.
18. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560–2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2563]. แหล่งที่มา: <http://wops.moph.go.th>



- go.th/ops/oicdata/20161115144754_1_แผน12.2559.pdf
17. Mancuso JM. Health Literacy: a concept/ dimensional analysis. *Nurse Health Sci* 2008;10(3):248–55.
18. Brach C, Keller D, Hernandez L, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Attributes of a health literate organization. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012.
19. Rudd RE. The evolving concept of health literacy: New direction for health literacy studies. *J Commun Healthc*, 2015;8:7–9.
20. Rudd RE. Need action in health literacy. *J Health Psychol*, 2013;18(8):1004–10.
21. Bryan C. Provider and Policy Response to Reverse the Consequences of Low Health Literacy. Department of Health Management and Informatics, University of Missouri–Columbia, 2007.