

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทย

ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ* นรินทร์า ไชยพาน** สุจิตรา บุญกล้า** จักรกฤษณ์ พลราชม***

บทคัดย่อ

บทนำ : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเนื่องจากเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่จะทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2563

วิธีการวิจัย : การศึกษาแบบภาคตัดขวางในประชาชนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 5,202 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งมีความเที่ยงเท่ากับ .85 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ประชาชนไทยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของประชาชนไทยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในส่วนของการได้ถามที่มีระดับความรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมาก ดังนั้นการให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการได้ถามจึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรกเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอันจะส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภัยสุขภาพ

*วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

**กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

***คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, E-mail: ponrachom@hotmail.com

Health literacy and disease and hazard prevention behaviors of Thai people

Prawech Chumkesornkulkit* Niranta Chaiyaparn** Sujittra Boonkla** Chakkrit Ponrachom***

Abstract

Background: The Disease Control Department of the Ministry of Public Health has prioritized health literacy as a cognitive and social skill that enables people to develop behaviors to avoid diseases and health hazard.

Objectives: To investigate the level of health literacy, disease and health hazard prevention behaviors, and the relationship between health literacy and disease and health hazard prevention behaviors of the Thai population in 2020.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 5,202 Thai people aged 18 years and older using a multi-stage random sampling technique. The research instruments consisted of a health literacy questionnaire, and a disease and health hazard prevention behavior questionnaire. The reliability coefficients of the two questionnaires were .85 and .85, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson's correlation coefficient.

Results: Most Thais people had a moderate level of overall health literacy and a good level of overall disease and health hazard prevention behaviors. Health literacy was positively correlated with disease and health hazard prevention behaviors at a moderate level with statistical significance at the .05 level.

Conclusions: The overall health literacy of the majority of the Thai population remained at a moderate level. In particular, health literacy was abundant in the area of questioning skills with a low level of literacy. Therefore, it is important to prioritize the development of questioning skills for raising the level of health literacy which will lead to an improvement of disease and health hazard prevention behaviors.

Keywords: diseases prevention behavior, health literacy, health hazard

*College of Industrial Technology, King Mongkut's University Technology North Bangkok

**Department of Diseases Control, Ministry of Public Health

***Faculty of Education, Kasetsart University, E-mail: ponrachom@hotmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาวะโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย เท่ากับ 14.9 ล้านปี คำนวณเป็นความสูญเสีย เท่ากับ 2.4 ล้านล้านบาท โดยมีสาเหตุหลักจาก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอุบัติเหตุ อีกทั้งในปัจจุบัน คนวัยทำงานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และพบในคนอายุน้อยลงเป็นลำดับ โดยสัดส่วนการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเกินร้อยละ 50² หน่วยงานหนึ่งที่มีภารกิจหลักสำคัญเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเพื่อช่วยลดปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชาชนไทย ตามมาตรฐานสากล คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข³ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้เกิดสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคและภัยสุขภาพต่างๆ โดยในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมานั้น กรมควบคุมโรค กำหนดจุดเน้นในการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพให้แก่ประชาชนไทยไว้ทั้งหมด 5 ประเด็น ได้แก่ 1) โรคไข้เลือดออก 2) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 4) ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และ 5) โรคฉี่หนู⁴ ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้นเป็นโรคและภัยสุขภาพที่ประชาชนสามารถควบคุมและป้องกันได้ กรมควบคุมโรคจึงมุ่งเน้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ตามช่องทาง

ต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะด้านการรู้คิดและทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น⁵ ความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ใช่แค่เพียงความรู้ แต่เป็นทักษะทางปัญญาที่สามารถเพิ่มพูนผ่านการเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ คือ การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึง คือสามารถค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล ข่าวสารความรู้ให้ตรงกับความต้องการและบอกได้ว่าข้อมูลสุขภาพมีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด 2) ทักษะการสร้างความรู้ความเข้าใจ คือสามารถหาวิธีจดจำ และวิธีการสร้างความเข้าใจข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง 3) ทักษะการไต่ถาม คือสามารถจัดเตรียมคำถาม ใช้คำถามและตอบคำถามในการสื่อสารเจรจาเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน 4) ทักษะการตัดสินใจ คือสามารถระบุปัญหา ประเมิน กำหนดทางเลือก และการแสดงจุดยืนต่อข้อมูลที่ได้รับหรือประเด็นที่ต้องตัดสินใจ 5) ทักษะการปรับใช้ คือสามารถนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติตัวโดยมีวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองอย่างเหมาะสม⁶ กรมควบคุมโรค จึงพยายามใช้ช่องทางในการสื่อสารที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารมวลชน การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ การใช้สื่อบุคคล ผ่านกระบวนการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับเขต

สุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

การทบทวนวรรณกรรมทั้งไทยและต่างประเทศพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับการป้องกันหรือการส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย⁷⁻¹⁰ ดังนั้นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในประชาชนไทยที่กรมควบคุมโรคให้ความสำคัญ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เฉพาะเจาะจงเพื่อใช้ในการประเมินกระบวนการทำงานของหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งนำไปสู่การออกแบบแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี 2563
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยประจำปี 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

ตัวอย่าง คือ ประชาชนไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยการแบ่งคำนวณตามพื้นที่การจัดแบ่งเขตการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค จำนวน 13 เขต จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Krejcie และ Morgan¹¹ ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ทำให้ได้ตัวอย่างเขตละ 384 คน และเพิ่มค่าประมาณการปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 5 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเขตละ 400 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ จำนวน 5,200 คน การเลือกตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster random sampling) ขั้นที่ 1 สุ่มจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนเขตสุขภาพ เขตละ 2 จังหวัด (สปกม. 1 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร) รวม 25 จังหวัด ขั้นที่ 2 สุ่มอำเภอหรือเขต เพื่อเป็นตัวแทนอำเภอ จังหวัดละ 2 อำเภอ (สปกม. จำนวน 3 เขต) รวม 51 อำเภอ/เขต ขั้นที่ 3 สุ่มตำบลหรือแขวง เพื่อเป็นตัวแทนของตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขตฯ ละ 2 ตำบลหรือแขวง รวม 102 ตำบล/แขวง และขั้นที่ 4 เลือกตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบบังเอิญ (Accidental selection) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกำหนดสถานที่ที่จะเข้าถึงตัวอย่างประกอบด้วย 1) สถานศึกษา 2) ส่วนราชการ 3) ห้างสรรพสินค้า 4) ตลาด 5) อาคารสำนักงาน 6) สถานีขนส่ง 7) โรงพยาบาล 8) สวนสาธารณะ 9) วัด และ 10) ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้สถานที่ที่จะเข้าถึงตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 5 ใน 10 สถานที่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 5,202 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพหลักและภูมิภาค ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁶ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ทักษะการเข้าถึง 2) ทักษะการสร้างการเข้าใจ 3) ทักษะการไต่ถาม 4) ทักษะการตัดสินใจ และ 5) ทักษะการปรับใช้ มีมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ สร้างจากประเด็นที่เป็นจุดเน้นการสื่อสารความเสี่ยงและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2563⁴ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) โรคไข้เลือดออก 2) โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) การบริโภคน้ำตาลและเกลือ 4) ปัญหาฝุ่น PM 2.5 และ 5) โรคฉี่หนู มีมาตรวัด 6 ระดับ ได้แก่ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย และไม่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยทางด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ แพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน จำนวนอย่างละ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญทางด้านการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ 1 คน ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาตามข้อมูลทั่วไปทางประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค และ ภัย สุข ภาพ ได้ค่า Item-Objective Congruence Index (IOC Index) อยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ทุกข้อคำถาม

การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่าง จำนวน 60 คน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 และ .85 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ใบรับรอง Kucsc.HE-62-004 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ผ่านหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 30 คน ได้ลงเก็บรวบรวมข้อมูลตามสถานที่กำหนดไว้ ตัวอย่างที่สามารถอ่านออกเขียนได้ดี ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับตัวอย่างที่มีปัญหาด้านสายตาและไม่สะดวกอ่านเองจะให้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยอธิบายเรื่องการใช้แบบสอบถาม และเทคนิคการสัมภาษณ์ตัวอย่างก่อนลงเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ และแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3

ระดับ ได้แก่ ดี พอใช้ และปรับปรุง และทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และแปลผลออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ¹² โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้ 0.00 – 0.39 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 0.40 – 0.69 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และ 0.70 – 1.00 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างประชาชนไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.62) มีอายุอยู่ในช่วง 46 – 60 ปี (ร้อยละ 29.24) โดยมีอายุเฉลี่ย 44.80 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.71) การศึกษาสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 36.74) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี (ร้อยละ 27.61 และ 15.24 ตามลำดับ) อาชีพหลักสูงสุด 3 อันดับแรก

คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 42.75) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป และค้าขาย (ร้อยละ 18.39 และ 10.32 ตามลำดับ) สำหรับภูมิภาคของตัวอย่างเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 30.78) รองลงมาคือภาคกลางและภาคเหนือ (ร้อยละ 23.08) ภาคใต้ (ร้อยละ 15.33) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 7.73)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตัวอย่างประชาชนไทยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 57.80 (SD = 5.12) โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.24) รองลงมาคือระดับสูงและต่ำ (ร้อยละ 35.01 และ 0.75 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงมากที่สุดคือ ทักษะการปรับใช้ (ร้อยละ 87.47) ทักษะการเข้าถึง (ร้อยละ 82.24) และทักษะการตัดสินใจ (ร้อยละ 78.57) สำหรับด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือทักษะการไต่ถาม (ร้อยละ 2.94) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของความรู้ด้านสุขภาพ (n = 5,202)

ความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเต็ม	M±SD	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ					
			สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการเข้าถึง	15	12.50±1.75	4,278	82.24	818	15.72	106	2.04
ทักษะการสร้างการเข้าใจ	15	11.29±1.59	2,180	41.91	2,903	55.81	119	2.29
ทักษะการไต่ถาม	15	8.95±1.41	153	2.94	2,973	57.15	2,076	39.91
ทักษะการตัดสินใจ	15	12.27±1.68	4,087	78.57	1,007	19.36	108	2.08
ทักษะการปรับใช้	15	12.79±1.64	4,550	87.47	623	11.98	29	0.56
โดยรวม	75	57.80±5.12	1,821	35.01	3,342	64.24	39	0.75

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ตัวอย่างประชาชนไทยมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

เท่ากับ 101.01 (SD = 16.73) โดยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 48.14) รองลงมาอยู่ระดับพอใช้และปรับปรุง (ร้อยละ 42.46 และ

9.40 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาในรายประเด็นพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในระดับดีมากที่สุด (ร้อยละ 84.45) ส่วน

ประเด็นการป้องกันปัญหาฝุ่น PM 2.5 อยู่ในระดับดีน้อยที่สุด (ร้อยละ 38.47) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ (n = 5,202)

พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	คะแนนเต็ม	M±SD	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ					
			ดี		พอใช้		ปรับปรุง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคไข้เลือดออก	25	22.21±2.91	4,393	84.45	725	13.94	84	1.61
การบริโภคน้ำตาลและเกลือ	25	19.59±4.39	2,995	57.57	1,489	28.62	718	13.80
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	30	22.62±5.38	2,527	48.58	1,845	35.47	830	15.96
ปัญหาฝุ่น PM2.5	25	17.18±5.39	2,001	38.47	1,846	35.49	1,355	26.05
โรคฉี่หนู	25	19.41±3.39	2,836	54.52	1,803	34.66	563	10.82
โดยรวม	130	101.01±16.73	2,504	48.14	2,209	42.46	489	9.40

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .422, p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะการเข้าถึง

ทักษะการสร้างการเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปรับใช้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .352, .253, .319$ และ $373, p < .05$) ยกเว้นทักษะการไต่ถามที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	
	r	p
ทักษะการเข้าถึง	.352*	.000
ทักษะการสร้างการเข้าใจ	.253*	.000
ทักษะการไต่ถาม	-.002	.859
ทักษะการตัดสินใจ	.319*	.000
ทักษะการปรับใช้	.373*	.000
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.422*	.000

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ จึงขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าในภาพรวม ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลางมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับสูงและต่ำ เมื่อพิจารณาในรายประเด็นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนไทยมีทักษะการปรับใช้ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะการสร้างการเข้าใจ และทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับปานกลาง ข้อค้นพบครั้งนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2562¹³ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 19.09 เท่านั้นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าประชาชนไทยมีทักษะการสร้างการเข้าใจและทักษะการไต่ถามอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิลม โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม¹³ ที่พบว่า ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะการไต่ถาม สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทักษะ ซึ่งทักษะการไต่ถามต้องอาศัยทักษะหลายอย่าง ได้แก่ การวางแผนการใช้คำถาม การตั้งคำถาม การใช้คำถาม และการประเมินคำถาม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าทักษะการไต่ถามที่เป็นทักษะที่จำเป็นต่อพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากทักษะการไต่ถามถือเป็นจุดอ่อนสำคัญของการ

สร้างการเรียนรู้ที่ดีให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในบริบทของสังคมไทย¹⁴ ขณะที่ทักษะการเข้าถึง ทักษะการตัดสินใจและทักษะการปรับใช้ เป็นทักษะที่อาศัยกระบวนการภายในของบุคคลมากกว่า ประกอบกับทั้งลักษณะของประชาชนไทยที่เน้นการรับข้อมูลข่าวสารทางเดียวมากกว่าการไต่ถาม ชักถาม ประชาชนไทยจึงมีทักษะการสร้างการเข้าใจและทักษะการไต่ถามน้อยกว่าทักษะอื่นๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่พบว่า ประชาชนไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับดี รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ และมีระดับปรับปรุงเพียงร้อยละ 9.40 สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ¹⁵ ที่ทำการศึกษาในระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพในประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2562 ที่พบว่าประชาชนไทยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี เหตุผลที่ประชาชนไทยมีพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี อธิบายได้จากการที่กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่มีการใช้รูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีการใช้รูปแบบการสื่อสารเชิงรุก เช่น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคล อันได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งการกระทำดังกล่าวทำให้ประชาชนไทยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ถูกต้องและทันเวลา นอกจากนี้ กรมควบคุมโรคยังมีการใช้ช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงทางด้านสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต

เพื่อให้ประชาชนในกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่นและวัยทำงานในสังคมเมืองซึ่งเน้นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนโดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตเป็นหลักควบคู่ไปด้วย ในขณะที่เดียวกันกรมควบคุมโรคยังได้มีการดำเนินการประเมินระดับความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยในทุกปี ทำให้ได้ข้อมูลป้อนกลับมาปรับปรุงประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น เมื่อพิจารณาในรายประเด็น พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลและเกลือ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนู อยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการป้องกันปัญหาฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับพอใช้ การที่พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่ารูปแบบการปฏิบัติที่สำคัญของพฤติกรรมมีความเกี่ยวพันถึงความชอบและความคุ้นชินของบุคคล ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยากกว่าพฤติกรรมอื่นๆ ส่วนในประเด็นพฤติกรรมการป้องกันปัญหาฝุ่น PM2.5 สาเหตุที่ยังมีพฤติกรรมการป้องกันในระดับพอใช้นั้นเนื่องจากปัญหาฝุ่น PM2.5 เป็นปัญหาใหม่ของสังคมไทย ทำให้ประชาชนยังไม่เกิดความคุ้นชินในการปฏิบัติ อีกทั้งการป้องกันและการตรวจสอบค่าปริมาณฝุ่นจะต้องทำผ่านเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชัน ซึ่งประชาชนบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงสื่อในลักษณะนี้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ทักษะการปรับใช้ซึ่งหมายถึงการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติตัว โดยมีวิธีเตือนตนเองและวิธีจัดการตนเองอย่างเหมาะสม มีระดับความสัมพันธ์สูงที่สุด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งไทยและต่างประเทศหลายเรื่อง ที่พบว่า หากมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่เพียงพอจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมหรือผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีตามขึ้นไปด้วย^{7-10,13-14} อันเนื่องมาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นทักษะต่างๆ ทั้งทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น¹⁶ ดังนั้นหากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นทักษะของบุคคลแล้วนั้น จะเป็นแรงขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมาได้ จึงเป็นเหตุผลให้หน่วยงานสาธารณสุขโดยเฉพาะกรมควบคุมโรค ใช้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยสามารถบูรณาการความร่วมมือทั้งในเครือข่ายระดับชาติ และระดับพื้นที่เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยอาศัยกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ด้วยการสร้างกฎระเบียบและข้อตกลง สิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกและบริการ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและการปลูกฝังสังคมให้ตื่นตัว เพื่อขับเคลื่อนประเด็นปัญหาโรคและภัยสุขภาพให้แก่ชุมชนและสังคม ที่ดำเนินการร่วมกับกระบวนการสุขศึกษา เพื่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถของบุคคล ด้วยการสร้างความตระหนักรู้ ให้การศึกษาและการเรียนรู้ สร้างแรงจูงใจ ฝึกทักษะที่จำเป็น⁶ แต่

สำหรับทักษะการไต่ถามที่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพนั้น อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะของวัฒนธรรมไทย ที่ให้ความสำคัญกับการเคารพผู้ใหญ่ การเกรงใจ และเน้นการรับข้อมูลทางเดียวมากกว่า การสื่อสารแบบสองทาง ซึ่งทักษะการไต่ถามนั้นเป็นทักษะที่จะประกอบไปด้วยทักษะย่อยๆ จำนวนมาก เช่น การวางแผนการใช้คำถาม การจัดเตรียมคำถาม หาวิธีการใช้คำถาม และการประเมินคำถาม ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ เลือกที่จะเป็นผู้รับสารเพียงอย่างเดียว ยิ่งไปกว่านั้นการตั้งคำถามเกี่ยวกับประเด็นทางด้านสุขภาพ มักจะเป็นประเด็นที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้มีความรู้หรือผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล ซึ่งคนไทยมองว่าบุคคลดังกล่าวคือ ผู้ที่มีสถานะสูงกว่า จึงไม่ควรจะไปซักถาม ดังนั้น บุคลากรทางด้านสาธารณสุขจึงควรปรับกลยุทธ์ในการสื่อสาร โดยมีงานวิจัยพบว่าการสื่อสารแบบเป็นกันเองและไม่เร่งรีบ จะทำให้การสื่อสารด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁷ นอกจากนี้การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะความสัมพันธ์ดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง และทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁸

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคและภัยสุขภาพทางบวกในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างการเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปรับใช้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพทางบวกในระดับต่ำ แต่ทักษะการไต่ถามไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

กรมควบคุมโรคนำข้อค้นพบไปใช้ในการปรับแผนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนโดยปรับเป้าหมายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้อยู่ในระดับสูงขึ้นไป กำหนดให้การพัฒนาทักษะการไต่ถามเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องยกระดับการพัฒนาให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. การศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยการพัฒนาโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model; SEM) เพื่อใช้เป็นโมเดลสำหรับการพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณ ตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

References

1. National Health Development Plan Administration Committee, Ministry of Public Health. The 12th National Health Development Plan 2017–2021. Bangkok: WVO officer of Printing Mill Press, The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King; 2016. (in Thai).
2. Rojanapithayakorn W. Situation and trend of health in Thailand year 2018-2020. Journal of Health Science. 2019;28(2): 185-6. (in Thai).
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Strategic plan DDC 2013. Nonthaburi: Planning Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Summary of selection results in risk communication for ordinary people in 2020. Nonthaburi: Bureau Risk Communication and Health Behavior, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai).
5. World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: Division of health promotion, education and communications. Health education and health promotion unit, World Health Organization; 1998.
6. Kaeodumkoeng K. Health literacy: functional interactive critical. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public; 2019. (in Thai).
7. Roma W, Tanasugarn C, Tipayamongkhogul M, Aimyong N, Neelapaichit N, Kloyiam S, et al. Report of health literacy survey of Thai people aged 15 and over 2017 (Phase 1). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2018. (in Thai).
8. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007;167(14): 1503-9. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
9. Tipwong A, Numpol J. The association between health literacy related to obesity and health behavior: eating and exercise in overnutritional children. Journal of Public Health Nursing. 2014;28(2):1-11. (in Thai).
10. Rittideah D, Pattama Polyong C, Kongsombatsuk M. Personal factors and occupational health literacy affecting health promoting behaviors of employees in Map Ta Phut industrial estate, Rayong Province. Journal of Health Science Research. 2021;15(2):13-24. (in Thai).
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
12. Kannasoot P. Statistics for behavioral science research. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999. (in Thai).
13. Roma W, Kloyiam S, et al. Thai health literacy survey (THL-S) of Thai aged 15 years and above 2019. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2019. (in Thai).

14. Kaeodumkoeng K, Junhasobhage J. A development and testing of health literacy on disease prevention and control assessment form for public health officers. *Romphruek Journal Krirk University*. 2021;39(2):193-220. (in Thai).
15. Pawan V, Chumkesornkulkit P, Ponrachom C, Sriboonthip N, Boonkla S. Evaluation of perception of information in disease and health hazard, prevention and control of behaviors of disease and image of department of disease control of Thai B.E. 2019. Bangkok: Agricultural Cooperative Printing Demonstrations of Thai; 2019. (in Thai).
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Heath Promot. Int.* 2000;15(3):259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
17. Chiangkhong A, Duangchan P, Intarakamhang U. Health literacy in diabetic adult: experience of diabetic patient and perspective on health literacy. *Kuakarun Journal of Nursing* 2017;24(2):162-78. (in Thai).
18. Kaeodumkoeng K. K-shape 5 skills to improve health literacy. *Journal of The Health Education Professional Association*. 2020;35(2):22-6. (in Thai).