

Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayutthaya province

Abstract

Pittaya Paibulsiri, M.D.*

The objective of this cross-sectional descriptive study is to know health literacy and health behaviors 3E 2S and the relationship of health literacy and health behaviors of public sector executives. The samples were 84 public sector executives working in Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Data were collected from January to March 2018. The research tool was health literacy and health behaviors 3E 2S among working group aged 15-59 evaluation form of Health Education Section, Health Service Support Department, Ministry of Public Health. The data were analyzed using descriptive statistics in percentages, means and standard deviations and using Exact test and Spearman's correlation to test the relationships.

The findings revealed that 73.81% had moderate health literacy, 52.38% had moderate health behaviors. Using tests for relationships, personal factors were not statistical significantly related to health literacy, but showed statistical significant in relationship observed between health literacy and health behaviors ($r=0.4824$; $p<0.001$). The results of this study are beneficial to further strengthening health literacy and health behaviors of public sector executives.

Keywords: Health Literacy, Health Behaviors, 3E 2S (Eating, Exercise, Emotion, Stop Smoking, Stop Drinking)

*Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3เอ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ

พิทยา ไพบูลย์ศิริ, พ.บ.*

การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3เอ 2ส และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารระดับจังหวัดภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 84 ราย

เก็บข้อมูลรวบรวมระหว่าง มกราคม-มีนาคม 2561 เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติexact และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 73.81 และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 52.38 ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.4824, p<.001$) ผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้บริหารภาครัฐต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา)

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ มาจากคำภาษาอังกฤษเดียวกัน คือ “Health Literacy” ซึ่งองค์การอนามัยโลก (1998) นิยามไว้ว่า “คือ ทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health)⁽¹⁾ โดยมีคำอธิบายเสริมไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้น โดยการทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และสามารถเชื่อมั่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงบ่งชี้ชัดถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชน

(Empowerment) และThe Center for Health Care Strategies Inc. (2013)⁽²⁾ นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่าเป็น “ระดับความสามารถของบุคคลที่จะได้รับ ดำเนินการ และเข้าใจสารสนเทศและบริการทางสุขภาพขั้นต้นที่จำเป็นเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม” (Health literacy is defined as “the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.”) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นไปเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล ตลอดช่วงอายุ โดยอาศัยทักษะในการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เหล่านั้นได้ด้วยตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/functional literacy) ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/interactive literacy) และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical literacy)⁽³⁾

ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับต่ำ จะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นโดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น⁽⁴⁾ แต่ถ้าหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ (adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น⁽⁵⁻⁷⁾

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปัจจุบัน ทั้งของประชากรโลกและประชาชนไทย และยังมีแนวโน้มว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (คือก่อนอายุ 70 ปี) ถึงร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และร้อยละ 73 ของการเสียชีวิต (ก่อนวัยอันควร) ของประชากรไทย (ปี 2552) คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 36 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 เป็น 44 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ยังเป็นภาระด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ

โรคกลุ่มนี้สามารถป้องกันได้โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตเสียใหม่ เช่น การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง 5 ครั้ง/สัปดาห์ งดดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน มัน และเค็มจัด หลีกเลี่ยงอาหารปิ้งย่าง ไม่รับประทานอาหารหรือเนื้อสัตว์แบบสุกๆ ดิบๆ รับประทานผักและผลไม้มากๆ พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่นอนดึกเกินไป ไม่เครียด ไม่สูบบุหรี่เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร เป็นต้น

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งอยู่ในเขตภาคกลางของประเทศไทย มีประชากร 813,852 คน (ณ 31 ธันวาคม 2560) แบ่งการปกครองเป็น 16 อำเภอ 209 ตำบล หมู่บ้าน 1,459 แห่ง องค์การ

บริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 4 แห่ง เทศบาลตำบล 31 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 121 แห่ง จึงนับเป็นจังหวัดใหญ่จังหวัดหนึ่ง และมีการพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังค่อนข้างมาก จากการวิเคราะห์ข้อมูลของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปี 2555-2559 มีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 35.13 ในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 45.92 ในปี 2559 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2555 เท่ากับ 37.17 เพิ่มขึ้นเป็น 52.39 ในปี 2559 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ ปี 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชากร 15 ปีขึ้นไป จำนวน 41,688 คน คิดเป็น ความชุก ร้อยละ 7.43 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 96,286 คน คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 17.2 จึงเห็นได้ชัดว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁽⁸⁾

แม้จะไม่มีข้อมูลโดยตรงของผู้บริหารภาครัฐ แต่ก็เชื่อได้ว่าเป็นไปในทำนองเดียวกัน ผู้บริหารเป็นผู้นำองค์กร มีอิทธิพลต่อผู้ใต้บังคับบัญชา ผู้บริหารที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีย่อมนำพาให้ทุกคนในองค์กรประพฤติปฏิบัติตนด้านสุขภาพดีตามไปด้วย ส่งผลให้มีสุขภาพดี โรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็ลดลงตาม การมีพฤติกรรมสุขภาพดีย่อมต้องมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมาก่อน

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาวิจัยว่า ผู้บริหารภาครัฐมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้บริหารภาครัฐ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารระดับจังหวัด ภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 84 ราย เก็บข้อมูลรวบรวมระหว่าง มกราคม-มีนาคม 2561 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้บริหารระดับจังหวัดภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด 2 ท่าน หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัด ซึ่งเป็นหัวหน้าหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค 34 ท่าน หัวหน้าหน่วยงานราชการส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 62 ท่าน รวม 99 ท่าน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ที่ยินดีให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 84 ราย เก็บข้อมูลรวบรวมด้วยแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส (อาหาร/ออกกำลังกาย/อารมณ์/สูบบุหรี่/ดื่มสุรา) โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ เป็นหลัก มีการเปลี่ยนแปลงหัวข้อคำถามข้อมูลทั่วไปเล็กน้อย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและไม่มีผลต่อคะแนนประเมิน โดยประเมินในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา รวม 30 ข้อ ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส เป็นข้อคำถามแบบถูกผิดมี 4 ตัวเลือก จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.22-0.94 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.53-0.89 และค่าความเชื่อมั่น KR20=0.516

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ 2ส รวมจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความถี่ของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงทำประจำให้ 5 คะแนน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total Correlation) หรือค่า r อยู่ระหว่าง .482-.676 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha)=.650-.788

ตอนที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3 ข้อ เป็นการประเมินค่า 4 ระดับตั้งแต่การตัดสินใจที่ไม่ดีต่อสุขภาพตนเอง และผู้อื่นให้ 1 คะแนน จนถึงการตัดสินใจที่ดี และถูกต้องที่สุดให้ 4 คะแนน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total Correlation) หรือค่า r อยู่ระหว่าง .405-.451 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ=.602

ตอนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ที่วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกวันให้ 5 คะแนน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total Correlation) หรือค่า r อยู่ระหว่าง .353-.529 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับ=.673

การพื้กษัทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่ 2/2561 ลงวันที่ 17 มกราคม 2561 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยาย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย การหาความสัมพันธ์ใช้สถิติ Exact test และ Spearman's Rho correlation coefficient เนื่องจากข้อมูลของบางตัวแปรเป็นตัวแปรชนิดลำดับ (ordinal) และบางตัวไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ⁽¹⁰⁾ โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด 2 ท่าน หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัด รวมจำนวน 84 ท่าน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.33 เพศหญิงร้อยละ 41.67 ส่วนใหญ่มีสภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.81 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.81 (มีความดันโลหิตสูงอย่างเดียวร้อยละ 16.67 เบาหวานอย่างเดียวร้อยละ 7.14 เป็นโรคอื่นหรือมีหลายโรค ร้อยละ 27.38) อายุระหว่าง 37-60 ปี น้ำหนัก 43.5-106 กิโลกรัม ส่วนสูง 148-181 เซนติเมตร เมื่อคิดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI=น้ำหนัก/ส่วนสูง²) อยู่ระหว่าง 18.49-34.60 กิโลกรัม/เมตร² ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

	ลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	49	58.33	
	หญิง	35	41.67	
สภาพสมรส	โสด	12	14.29	
	สมรส/คู่	63	75.00	
	หม้าย/หย่า/แยก	9	10.71	
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง	14	16.67	
	เบาหวาน	6	7.14	
	โรคอื่น/มีหลายโรค	23	27.38	
	ไม่มีโรคประจำตัว	41	48.81	
	Min	Max	Mean	Std. Dev.
อายุ (ปี)	37	60	53.96	5.12
น้ำหนัก (กก.)	43.5	106	67.20	13.25
ส่วนสูง (ซม.)	148	181	164.73	8.12
BMI (กก./ม. ²)	18.49	34.60	24.60	3.47

เมื่อดูคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ประการ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ (เต็ม 6 คะแนน) การเข้าถึงข้อมูล (เต็ม 10 คะแนน) การสื่อสาร (เต็ม 15 คะแนน) การจัดการตนเอง (เต็ม 15 คะแนน) การรู้เท่าทันสื่อ (เต็ม 10 คะแนน) การตัดสินใจ (เต็ม 12 คะแนน) รวมคะแนนเต็ม 68 คะแนน พบว่า ความรู้ ความเข้าใจ มีคะแนน 2-6 คะแนน โดยได้ 5 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 40.48 การเข้าถึงข้อมูล มีคะแนน 2-10 คะแนน โดยได้ 8 คะแนนมากที่สุด ร้อยละ 34.52 การสื่อสารมีคะแนน 6-14 คะแนน โดยได้ 9 คะแนนมากที่สุด ร้อยละ 27.38 การจัดการตนเองมีคะแนน 5-15 คะแนน โดยได้ 12 คะแนนมากที่สุด ร้อยละ 22.62 การรู้เท่าทันสื่อมีคะแนน 2-10 คะแนน โดยได้

8 คะแนนมากที่สุด ร้อยละ 28.57 การตัดสินใจ มีคะแนน 7-12 คะแนน โดยได้ 10 คะแนนมากที่สุด ร้อยละ 28.57 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีคะแนน 24-65 คะแนน โดยได้ 46 คะแนนมากที่สุด ร้อยละ 11.90 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) มีคะแนน 12-29 คะแนน โดยได้ 23 คะแนนมากที่สุด ร้อยละ 23.81

เมื่อนำมาจัดระดับคะแนนของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี: น้อยกว่า 40.8 คะแนน หรือน้อยกว่า 60% ของคะแนนเต็ม พอใช้: 40.8-54.3 คะแนน หรือ 60% ขึ้นไป ถึงน้อยกว่า 80% และดีมาก: 54.4-68.0 คะแนน หรือ 80% ขึ้นไป พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 73.81)

ตาราง 2 แสดงคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการแบ่งเป็น 3 ระดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	Mean	Std. Dev.	แบ่งเป็น 3 ระดับ คน (%)		
					ไม่ดี	พอใช้	ดีมาก
ความรู้ ความเข้าใจ	0 - 6	2 - 6	4.45	.974	13 (15.48)	27 (32.14)	44 (52.38)
การเข้าถึงข้อมูล	2 - 10	2 - 10	7.04	1.697	16 (19.05)	27 (32.14)	41 (48.81)
การสื่อสาร	3 - 15	6 - 14	9.06	1.593	31 (36.90)	47 (55.95)	6 (7.14)
การจัดการตนเอง	3 - 15	3 - 15	10.38	2.449	14 (16.67)	39 (46.43)	31 (36.90)
การรู้เท่าทันสื่อ	2 - 10	2 - 10	7.75	1.875	7 (8.33)	24 (28.57)	53 (63.10)
การตัดสินใจ	3 - 12	5 - 12	9.36	1.875	8 (9.52)	33 (39.29)	43 (51.19)
โดยรวม	13 - 68	24 - 65	48.04	6.552	8 (9.52)	62 (73.81)	14 (16.67)

เมื่อนำมาจัดระดับคะแนนของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี: น้อยกว่า 18 คะแนน หรือน้อยกว่า 60% ของคะแนนเต็ม พอใช้: 18-23 คะแนน หรือ 60% ขึ้นไป ถึงน้อยกว่า 80% และ

ดีมาก: 24-30 คะแนน หรือ 80% ขึ้นไป พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ (ร้อยละ 52.38) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และการแบ่งเป็น 3 ระดับ

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	Mean	Std. Dev.	แบ่งเป็น 3 ระดับ คน (%)		
					ไม่ดี	พอใช้	ดีมาก
พฤติกรรมสุขภาพ	6 - 30	9 - 30	22.17	3.905	10 (11.90)	44 (52.38)	30 (35.71)

เมื่อแบ่งสภาพสมรสเป็นเดี่ยวและคู่ พบว่าเป็นเดี่ยว 21 คน คิดเป็นร้อยละ 25 เป็นคู่ 63 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ไม่มีโรคประจำตัว 41 คน คิดเป็นร้อยละ 48.81 มีโรคประจำตัว 43 คน คิดเป็นร้อยละ 51.19 เมื่อนำข้อมูลอายุมาแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มอายุน้อยกว่า 50 ปีลงมา มี 16 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 กลุ่มอายุ 50-54 ปี มี 21 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และกลุ่มอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป มี 47 คน คิดเป็นร้อยละ 55.95 สำหรับน้ำหนักและส่วนสูง เป็นข้อมูลที่นำมาหาค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ซึ่งเท่ากับ น้ำหนักเป็นกิโลกรัม

หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (กก./ม.²) ซึ่งเมื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่มีค่าน้อยกว่า 23 กก./ม.² ลงไป มี 28 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และกลุ่มที่มีค่า 23 กก./ม.² ขึ้นไป มี 56 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67

เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เพศ อายุ สภาพสมรส โรคประจำตัว และ BMI ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

	ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ n (%)			p-value (Exact test)
		ไม่ดี	พอใช้	ดีมาก	
เพศ	ชาย (49 คน)	4 (8.16)	35 (71.43)	10 (20.41)	0.578
	หญิง (35 คน)	4 (11.43)	27 (77.14)	4 (11.43)	
อายุ (ปี) (37-60, Mean 53.96)					0.083
	<50 (16 คน)	3 (18.75)	13 (81.25)	0 (0.00)	
	50-54 (21 คน)	0 (0.00)	17 (80.95)	4 (19.05)	
	≥55 (47 คน)	5 (10.64)	32 (68.09)	10 (21.28)	
สภาพสมรส	เดี่ยว (21 คน)	4 (19.05)	14 (66.67)	3 (14.29)	0.329
	คู่ (63 คน)	4 (6.35)	48 (76.19)	11 (17.46)	
โรคประจำตัว	ไม่มี (41 คน)	4 (9.76)	30 (73.17)	7 (17.07)	1.000
	มี (43 คน)	4 (9.30)	32 (74.42)	7 (16.28)	
BMI (กก./ม. ²) (18.5-34.6, Mean 24.6)					0.797
	<23 (28 คน)	2 (7.14)	22 (78.57)	4 (14.29)	
	≥23 (56 คน)	6 (10.71)	40 (71.43)	10 (16.67)	

เมื่อนำระดับคะแนนของความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับคะแนนของพฤติกรรมสุขภาพ

มาหาความสัมพันธ์กัน พบว่า มีความสัมพันธ์กันมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงความสัมพันธ์ของระดับความรู้ด้านสุขภาพกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	ความรู้ด้านสุขภาพ			รวม (ร้อยละ)
	ไม่ดี (<40.8 คะแนน)	พอใช้ (40.8-54.3 คะแนน)	ดีมาก (54.4-68 คะแนน)	
ไม่ดี (<18 คะแนน)	4	6	0	10 (11.90%)
พอใช้ (18-23 คะแนน)	4	35	5	44 (52.38%)
ดีมาก (24-30 คะแนน)	0	21	9	30 (35.71%)
รวม (ร้อยละ)	8 (9.52%)	62 (73.81%)	14 (16.67%)	84 (100.00%)

*p<0.05

เมื่อนำระดับคะแนนของความรู้ด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบและระดับคะแนนของพฤติกรรมสุขภาพมาหาความสัมพันธ์กัน พบว่าการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง

การตัดสินใจ และความรู้โดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05 และ p<0.001) โดยองค์ประกอบย่อยหลายองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันเองด้วย ดังตาราง 6

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์แมน							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. พฤติกรรมสุขภาพ								
2. ความรู้ ความเข้าใจ	0.0427							
3. การเข้าถึงข้อมูล	0.3109*	0.0710						
4. การสื่อสาร	0.4117**	-0.1553	0.4607**					
5. การจัดการตนเอง	0.5016**	-0.1302	0.3444*	0.5550**				
6. การรู้เท่าทันสื่อ	0.1792	-0.0848	0.2557*	0.2480*	0.4869**			
7. การตัดสินใจ	0.2966*	-0.1430	0.1272	0.3741*	0.3410*	0.2954*		
8. ความรู้โดยรวม	0.4824**	0.0299	0.6125**	0.7242**	0.8044**	0.6313**	0.5329**	

มีนัยสำคัญทางสถิติ (=p<0.05, **=p<0.001)

วิจารณ์

การศึกษานี้ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๘ ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก รวม 30 ข้อ ประกอบด้วย 5 ตอน แม้บางตอนมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับต่ำกว่า 0.7 ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นแบบมาตรฐานใช้กันทั่วประเทศ และเพื่อประโยชน์ในการเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ผู้นิพนธ์จึงไม่ได้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามแต่อย่างใด

ยกเว้นข้อมูลทั่วไป เพื่อความเหมาะสม แต่ไม่มีผลต่อคะแนน

กลุ่มตัวอย่างมีอายุค่อนข้างมาก เฉลี่ย 54 ปี โดยร้อยละ 81 มีอายุ 50 ขึ้นไป เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้บริหารภาครัฐระดับหัวหน้าส่วนราชการจังหวัด ร้อยละ 49 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 มีสภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67 มี BMI เกิน 23 กก./ม.2 (ค่อนข้างอ้วน อ้วน อ้วนมาก) ซึ่งเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่จากการศึกษาของ Reisi และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ทำการศึกษาร่วมสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ชั้นพื้นฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 354 คน ในประเทศอิหร่าน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก โดยคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยพูดคุยปรึกษา เป็นผู้ที่จะช่วยพิจารณาตัดสินใจใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มผู้บริหารยังช่วยเหลือตนเองได้ดี ยังไม่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ สามารถค้นหาข้อมูล วิเคราะห์ ตัดสินใจได้ดี และยังมีเลขานุการหรือผู้ใต้บังคับบัญชาคอยช่วยเหลือ จึงไม่ส่งผลมากนักต่อการมีคู่สมรสหรือไม่ ความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน 0.4824 ซึ่งแสดงว่าสัมพันธ์กันระดับปานกลางในทิศทางเดียวกัน (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนมีค่าได้ตั้งแต่ -1 ถึง 1) คือถ้าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น พฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น และมีค่า $p < 0.001$ แสดงว่า มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมาก โดยองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจ และการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพน้อยมาก และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Suka และคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพของชาวญี่ปุ่นที่มีอายุ 20-64 ปี จำนวน 1,218 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ มีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และขาดการออกกำลังกาย

เมื่อดูคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม พบว่าร้อยละ 73.81 อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม) และมีค่าเฉลี่ย 48.04 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อดูรายองค์ประกอบย่อยทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ พบว่าทุกประเด็นส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ด้วยเช่นกัน ผู้บริหารมีบทบาทเป็นผู้นำองค์กรด้วย ต้องประพฤติตนเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่นได้บังคับบัญชาปฏิบัติตาม การมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ น่าจะไม่เพียงพอ ควรจะผลักดันให้ทุกคนในองค์กรมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีด้วย การสร้างองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate organization)⁽¹³⁻¹⁴⁾ ในทุกองค์กร โดยผู้นำองค์กรมีนโยบายความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร บุคลากรได้รับการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารที่ชัดเจนเข้าใจง่าย มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เป็นมิตรต่อสุขภาพ น่าจะช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดโรคลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศเราลดลง การที่จะให้ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดเห็นความสำคัญ และปฏิบัติโดยสมัครใจคงใช้เวลานานและไม่จริงจัง การกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติและมีการติดตามอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้บริหารภาครัฐและข้าราชการตั้งใจปฏิบัติตาม ซึ่งตรงกับคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (2559)⁽¹⁵⁾ ได้เสนอ นโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ และจัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริม

ความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ประกาศการปฏิรูปความรู้ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ (National agenda) 2) จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ 3) พัฒนาให้ทุกองค์กรในสังคมไทยเป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health literate organization) 4) พัฒนาทุกชุมชนให้เป็นชุมชนที่รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate community) 5) ส่งเสริมงานวิจัยพัฒนาและวิจัยประเมินผลเพื่อการสร้างนวัตกรรมที่จะส่งเสริมให้สังคมไทยเป็นสังคม รอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้วิชาการ ผลการวิจัยในการทำงานของหน่วยงาน (Evidence based practice) 6) ปรับเน้นการจัดทำและกลไกการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส (อาหาร/ออกกำลังกาย/อารมณ์/สูบบุหรี่/ดื่มสุรา) โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ของกองสุขศึกษาระดับสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับประชาชนทั่วไป ไม่ใช่สำหรับผู้บริหารโดยเฉพาะ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วนและไม่สะท้อนภาพที่เป็นจริง ผู้ศึกษาจึงขอเสนอประเด็นที่ควรพิจารณาในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health Promotion Glossary. 1998 [Internet] [cited 2017 Dec 27] Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
2. Roopa Mahadevan. Center for Health Care Strategies. October 2013 | Fact Sheet [Internet] [cited 2017 Dec 27] Available from: http://www.chcs.org/media/What_is_Health_Literacy.pdf.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008 Dec;67(12):2072-8.

1) ศึกษาเรื่องเดิม แต่ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างหลายจังหวัดรวมทั้งในส่วนกลาง เพื่อได้ข้อมูลถูกต้อง ไม่ลำเอียง

2) ระยะเวลาการศึกษา ควรนานมากขึ้นกว่าการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้การตรวจสอบข้อมูลและประเมินผล ตลอดจนการการเสนอแนะแนวทางมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) คำถามจากแบบสอบถามบางข้อ อาจจะต้องปรับปรุงให้เหมาะกับการถามผู้บริหาร

สรุป

ผู้บริหารภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้เป็นส่วนใหญ่ โดยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมากทางสถิติ การเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้บริหารจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สุจินต์ ไชยชุมศักดิ์ ผู้ว่าราชการจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยและกรุณาตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณรองผู้ว่าราชการจังหวัดพระนครศรีอยุธยาทั้ง 2 ท่าน หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดทั้งส่วนภูมิภาคและส่วนกลาง ที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

4. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011 Jul 19;155(2): 97-107.
5. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med* 2008 Apr;66(8):1809-16.
6. Lee SY, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med* 2004 Apr;58(7):1309-21.
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000 September 1, 2000;15(3):259-67.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2557-2559. พระนครศรีอยุธยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. 2560.
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: บริษัทนิเวศรรมดา การพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; มกราคม 2559.
10. ดิเรก ลิ้มมธุรสกุล. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Stata 10. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554. หน้า 303.
11. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion* 2014;3:119.
12. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Educ Couns* 2015 May;98(5):660-8.
13. Cindy Brach, Debra Keller, Lyla M. Hernandez, Cynthia Baur, Ruth Parker, Benard Dreyer, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. *Institute of medicine of the national academes*. June 2012.
14. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วันที่เข้าถึง 27 ธันวาคม 2560 | Fact sheet เข้าถึงได้จาก: http://dohhl.anamai.moph.go.th/download/2561/HLO_fact%20sheet_oct_2017.pdf
15. คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. การปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ (ร่างแนวทางการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ). พฤศจิกายน 2559.