

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Selected Factors related with the Health Literacy of Village Health Volunteer

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ^{*1}, อัจฉรา ศรีสุพรรณกรกุล¹ สุธัตตา ช่างเทจ²

Chinta Tachavijitjaru^{*1}, Ajchara Srisupornkornkul¹ Suthatta Changtej²

¹มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม, ประเทศไทย 73000

¹Christian University of Thailand Nakornpathom Province, Thailand 73000

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามความเือก จังหวัดนครปฐม, ประเทศไทย 73000

²Sam khwai Phueag Health Promoting Hospital Nakornpathom Province, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสำรวจเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 342 คน เลือกแบบมีชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก “3อ.2ส.” ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส 2) แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีค่า KR 20 เท่ากับ 0.64 และแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม และรายด้าน 5 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้น การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะคือสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดงบประมาณพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ทักษะโดยเฉพาะทักษะที่ 1-5 แก่ อสม.

คำสำคัญ : ปัจจัยคัดสรร, ความฉลาดทางสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

The purposes of this analytic cross-sectional research were to study the level and the selected factors related with the Health Literacy of Village Health Volunteer in Mueang District Nakornpathom Province. The samples were 342 Village Health Volunteers (VHS.) selected by using Stratified random sampling. The research tool was ABCDE-Health Literacy questionnaire of Health Education Division, Ministry of Public Health, consisted of 2 parts 1) The selected factors composed of: gender, age, educational level, occupation and marital status 2) The questionnaire of health knowledge and understanding in health. The reliability was KR 20

at 0.64. and the questionnaire of health information and services, health communication, self-management, media literacy and the decision to right practice was yielded of Cronbach's alpha coefficient at 0.78. Data was analyzed by descriptive statistics and chi-square.

The study revealed that VHS's ABCDE-Health literacy and 5 skills of Health Literacy level were fair excluding the decision to right practice that was very good. Gender, age, education, occupation and marital status factors had no relationship with ABCDE-Health Literacy. For each dimension analysis, gender related with health knowledge and understanding in health including education related with media literacy was shown significantly. Occupation was significantly related with self-management as well. The suggestion was to provide budget supported by Provincial Health Office to develop the program enhancing the level of Health Literacy on 6 skills especially skill 1-5.

Keywords: Selected factor, Health Literacy, Village Health Volunteer (VHV)

บทนำ

ตั้งแต่ประเทศไทยดำเนินงานสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นทรัพยากรบุคคลที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน เนื่องจาก อสม. มีกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย กอปรกับเป็นบุคคลในหมู่บ้านที่ได้รับคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้าน มีจิตใจอาสา เสียสละและจิตสำนึกที่จะกระทำประโยชน์ให้ส่วนรวม อีกทั้งมีความเข้าใจในบริบทของท้องถิ่นของตนเองทั้งในด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ซึ่งส่งผลให้ชุมชนแต่ละท้องถิ่นเกิดความไว้วางใจและคุ้นเคย ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญยิ่งในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตลอดจนสื่อสารด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานของรัฐบาลและประชาชน รวมถึงการดำรงตนเป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง¹ ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานสาธารณสุขภาคประชาชนที่ผ่านมา อสม. เป็นกำลังหลักในการพัฒนาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐานที่กระทรวงสาธารณสุขยึดถือเป็นนโยบายสำคัญมากกว่า 30 ปี ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับ อสม. มาโดยตลอดโดยการอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ² ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย (พ.ศ.2554-2563) เน้นให้ อสม. ดำเนินงานสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ โดยสามารถนำแนวคิดและการประสานงานการทำงานด้านสุขภาพในเชิงรุกไปปฏิบัติ³ ประกอบกับในปัจจุบันวิทยาศาสตร์และ

เทคโนโลยีมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้ อสม. ได้รับข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่างๆ ที่ หลากหลาย เช่น โทรศัพท์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต สื่อสังคมสาธารณะ (Social media) เช่น ไลน์ (line), เฟซบุ๊ก (facebook) เป็นต้น ซึ่งมีเนื้อหาขัดแย้งกันอยู่ภายในตัว⁴ การที่ อสม. อยู่ท่ามกลางข้อมูลด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากก่อกวนกับการเกิดโรคอุบัติใหม่เพราะสังคมเศรษฐกิจที่ไร้พรมแดน ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานมากและง่ายขึ้นรวมถึงการเพิ่มขึ้นของโรควิถีชีวิต เนื่องจากลักษณะการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อีกทั้งระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปมีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ อสม. ประสบความยุ่งยากในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง จากการศึกษาการทำงานของ อสม. ที่ผ่านมา พบว่า อสม. มีผลงานอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ขาดการรับรู้ปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน ไม่ได้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ ขาดความร่วมมือจากประชาชน ประชาชนไม่ค่อยมีเวลาทำงานร่วมด้วย ทักษะและความสามารถในการทำงานมีค่อนข้างน้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการแสดงออกและการถ่ายทอดความรู้^{5,6,7,8}

ในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม มีจำนวนประชากรหนาแน่นที่สุดของจังหวัด 274,844 คน⁹ และมี อสม. จำนวนมากที่สุดถึง 2,318 คน¹⁰ เป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน การที่ อสม. จะปรับปรุงการดำเนินงานของตนเอง และปรับบทบาทการทำงานในเชิงรุกได้แก่ การเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำแผนสุขภาพชุมชน ตลอดจนเชื่อมประสานการทำงานของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น อสม. จำเป็น ต้องมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอ

กล่าวคือ มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนสื่อสารข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ เลือก รับ ปรับใช้ข้อมูลสุขภาพ จนนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง และเหมาะสม รวมถึงการเผยแพร่แนวปฏิบัตินั้นๆ ชุมชนได้จากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอสม. พบว่า อสม. มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอ มีความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการช่วยเหลือประชาชนขั้นต้นในด้านสุขภาพ ขาดความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ^{11,12,13} ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทของ อสม. ในการดูแลสุขภาพประชาชน ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบได้

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพ ส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี¹⁴ ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือการเลือกรับ ปรับใช้ และสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนโน้มน้าวให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งหมายถึง การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และเลือกใช้ตลอดจนปรับข้อมูลสุขภาพให้เหมาะสมจนนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติ และเผยแพร่สู่สังคม รวมถึงการมีส่วนร่วมในการผลักดันสังคม และการเมืองไปพร้อมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคม และสุขภาพของประชาชนทั่วไป¹⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าความฉลาดทางสุขภาพแปรผันโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพ¹⁶ ดังนั้นการที่จะทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามหลัก “3 อ. 2 ส.” ซึ่งเป็นแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในชุมชน ประชาชนจึงต้องมีความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก “3 อ. 2 ส.” ประกอบด้วย ข้อปฏิบัติด้านอาหาร (อ.1) ด้วยการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อตามหลักโภชนาการ ออกกำลังกาย (อ.2) ด้วยการออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที อารมณ์ (อ.3) โดยการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแนวทางที่ตนเองถนัดเพื่อลดความเครียด รวมถึงการงด/ลดสูบบุหรี่ (ส.1) และงด/ลดดื่มสุรา (ส.2)¹⁷ อสม. เป็นบุคคลสำคัญในการดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพ และโน้มน้าวให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีความฉลาดรอบรู้ทางสุขภาพตามหลัก “3อ. 2ส.” ด้วย แต่ความฉลาดทางสุขภาพไม่ได้ขึ้นกับทักษะ/ความสามารถของบุคคลแต่เพียงอย่างเดียว ยังมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคลอีกด้วย อาทิ การไม่รู้หนังสือ ความพิการ ความแตกต่างด้านภาษา วัฒนธรรมและการไร้ความสามารถ¹⁸ จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม. พบว่าอายุและระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจของ อสม. อสม. บางส่วนยังขาดทักษะในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์ และขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้าน ซึ่งทำให้ศักยภาพของ อสม. ในการให้ความรู้แก่ประชาชนด้อยลง¹¹ อายุที่เพิ่มขึ้นแปรผกผันกับความฉลาดทางสุขภาพ^{19,20,21} ระดับการศึกษาต่ำ มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ^{22,23,24} สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกและเพศชาย มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ^{19,20,23} รายได้แปรผันโดยตรงกับอาชีพ และอาชีพแปรผันโดยตรงกับความฉลาดทางสุขภาพ^{24,25,26} อาชีพชาวนา และผู้เกษียณอายุมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ^{22,25} จากการทบทวนวรรณกรรมเหล่านี้ สรุปได้ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจสำรวจระดับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม. และศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในจังหวัดนครปฐมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ระดับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม. โดยรวมและรายด้าน เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรรใดที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม.

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม. โดยรวมและจำแนกรายด้าน
2. ปัจจัยคัดสรรใดที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม.

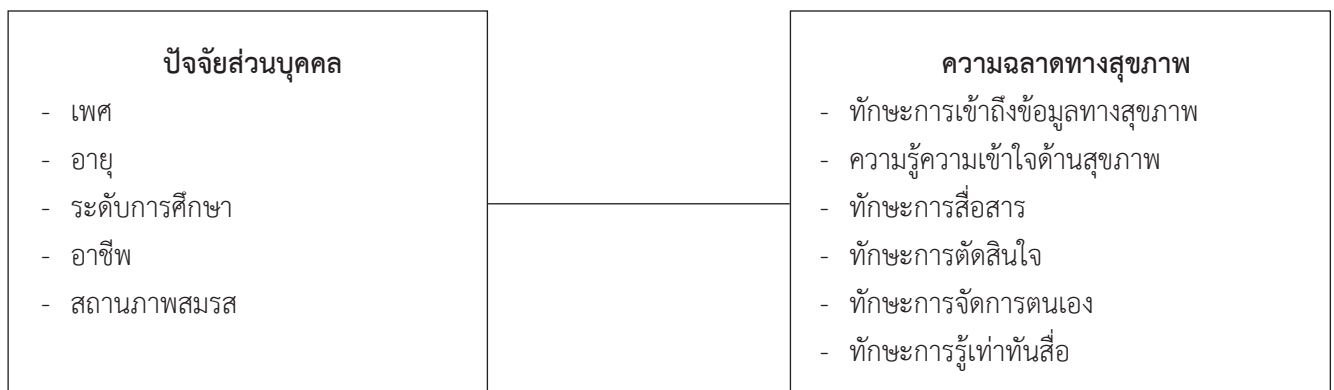
สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม.

กรอบแนวคิดการวิจัย

Nutbeam²⁷ Rootman²⁸ และ Manganello²⁹ เชื่อว่า ความฉลาดทางสุขภาพของบุคคลถูกกำหนดโดยอิทธิพลของปัจจัยหลายกลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้าง โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่มีอายุมากมีระดับความฉลาดทางสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่มีอายุ

น้อย สำหรับระดับการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีระดับความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ส่วนเพศ พบว่าเพศหญิงมีค่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าเพศชาย และอาชีพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความฉลาดทางสุขภาพ บุคคลที่มีอาชีพที่มีรายได้สูงมีค่าคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีอาชีพที่มีรายได้ต่ำ ด้านสถานภาพสมรส อธิบายว่าเป็นอิทธิพลของครอบครัวที่ส่งผลทางอ้อมต่อความฉลาดทางสุขภาพ บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย/หย่า/แยก ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytic cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ อสม. อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดใหญ่ และขนาดทั่วไป จำนวน 2,312 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยสุ่ม รพ.สต. ขนาดใหญ่ 4 แห่งจาก 7 แห่ง และขนาดทั่วไป 12 แห่งจาก 24 แห่ง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดที่คำนวณได้ด้วยสูตรยามานะ (Yamane, 1973) ที่ความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจาก รพ.สต. ขนาดใหญ่ 166 คน และ รพ.สต. ขนาดทั่วไป 176 คน รวม 342 คน

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก “3 อ. 2 ส.” ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

1. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ

2. ความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก “3 อ. 2 ส.” แบ่งเป็น 3 ตอนได้แก่

2.1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 6 ข้อ 6 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้ คะแนนรวมเฉลี่ย 4.8-6 คะแนน/ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีมาก คะแนนรวมเฉลี่ย 3.6-4.7 คะแนน/ร้อยละ 60-80 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาด

ทางสุขภาพพอใช้ และคะแนนรวมเฉลี่ย < 3.6 คะแนน / < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่ดี,

2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ข้อละ 5 คะแนน จำนวน 2, 3, 3, 2 ข้อ 10, 15, 15, 10 คะแนนตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ คะแนนรวมเฉลี่ย 8-10 คะแนน / $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีมาก คะแนนรวมเฉลี่ย 6-7 คะแนน / $\geq$ ร้อยละ 60- < 80 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพพอใช้ และคะแนนรวมเฉลี่ย < 6 คะแนน / < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่ดี

การสื่อสารทางสุขภาพและการจัดการตนเอง คะแนนรวมเฉลี่ย 12-15 คะแนน / $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีมาก คะแนนรวมเฉลี่ย 9-11 คะแนน / $\geq$ ร้อยละ 60- < 80 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพพอใช้ และคะแนนรวมเฉลี่ย < 9 คะแนน / < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่ดี

2.3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ข้อๆ ละ 4 คะแนน รวม 12 คะแนน เกณฑ์การแปลผล มีดังนี้ คะแนนรวมเฉลี่ย 9.6-12 คะแนน / $\geq$ ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพดีมาก คะแนนรวมเฉลี่ย 7.2-9.5 คะแนน / $\geq$ ร้อยละ 60- < 80 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพพอใช้ และคะแนนรวมเฉลี่ย < 7.2 คะแนน / < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม มีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก “3 อ. 2 ส.” ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่ร่วมกับสถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒพัฒนาขึ้น ซึ่งมีค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือดังนี้ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีค่า KR 20 เท่ากับ 0.5¹⁶ และแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและ

การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.650-0.788 30 ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก “3 อ. 2 ส.” ดังกล่าวข้างต้นไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่ม อสม. 25 คน ในพื้นที่ตำบลศีรษะทอง จากนั้นนำแบบประเมินที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่าแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพมีค่า KR 20 เท่ากับ 0.64 และแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ. 07/2558 วันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งสิทธิการตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม การปฏิเสธตอบแบบสอบถามจะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจะเก็บรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบุคลากรของสาธารณสุขมูลฐานเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากผ่านการพิจารณาและอนุมัติการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชี้แจงวัตถุประสงค์ เลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2558-เดือนมกราคม 2559 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ชี้แจงแบบสอบถามและให้ทำแบบสอบถาม/สัมภาษณ์ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหา/อุปสรรคในการอ่านและเขียน ซึ่งใช้เวลา 20-30 นาที/คน แล้วจึงตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลได้จำนวน 342 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรและระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมและแยกรายด้าน โดยใช้
การสถิติโคสแควร์

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยคัดสรร

กลุ่มตัวอย่าง 342 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.12
และเพศชายร้อยละ 19.88 อายุเฉลี่ย 50.09 ปี (SD = 8.96)
ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 48-59 ปี (ร้อยละ 69.79) สถานภาพ
สมรสคู่ (ร้อยละ 69.30) จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถม
ศึกษา (ร้อยละ 63.74) และมีอาชีพใช้แรงงานเช่น ทำนา ทำ
สวน ทำไร่ ใช้แรงงานกลางแจ้ง (ร้อยละ 37.70)

ส่วนที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก
“3 อ. 2 ส.”

2.1. ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย
อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 49.95$, $SD = 5.93$) คิดเป็นร้อยละ 73.46
จากคะแนนเต็ม เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความฉลาดทาง
สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล
และบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง
และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับพอใช้
($\bar{X} = 3.99$, $SD = 1.01$; $\bar{X} = 7.06$, $SD = 1.58$; $\bar{X} = 10.03$
 $SD = 1.74$; $\bar{X} = 11.04$, $SD = 2.10$; $\bar{X} = 7.26$, $SD = 2.04$)
คิดเป็นร้อยละ 66.42, 70.64, 66.87, 73.58, 72.56 จากคะแนน
เต็มตามลำดับ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 10.58$, $SD = 1.35$)
คิดเป็นร้อยละ 88.16 จากคะแนนเต็ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมและจำแนกรายด้านของ อสม. (n = 342)

รายด้าน	คะแนนเฉลี่ยรายข้อคำถาม						คะแนนรวมเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน SD	ร้อยละจาก คะแนนเต็ม	ระดับความฉลาด ทางสุขภาพ
	ข้อที่ 1	ข้อที่ 2	ข้อที่ 3	ข้อที่ 4	ข้อที่ 5	ข้อที่ 6				
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพความรู้	0.95	0.42	0.32	0.71	0.64	0.96	3.99	1.01	66.42	พอใช้
2. การเข้าถึง ข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.58	3.49					7.06	1.58	70.64	พอใช้
3. การสื่อสาร สุขภาพ	2.94	3.51	3.58				10.03	1.74	66.87	พอใช้
4. การจัดการ ตนเอง	3.65	3.72	3.66				11.04	2.10	73.58	พอใช้
5. การรู้เท่าทัน สื่อและสารสนเทศ	3.65	3.60					7.26	2.04	72.56	พอใช้
6. การตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	3.14	3.71	3.73				10.58	1.35	88.16	ดีมาก
โดยรวม							49.95	5.93	73.46	พอใช้

2.2. เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของ อสม. พบว่า ปัจจัยเพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของ อสม. (n = 342)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความฉลาดทางด้านสุขภาพโดยรวม (n = 342)				p-value
	รวม (คน)	ถูกต้องที่สุด/ดีมาก (ร้อยละ)	ถูกต้องบ้าง/พอใช้ (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี (ร้อยละ)	
เพศ					0.063
ชาย	68	11.80	72.10	16.20	
หญิง	274	24.10	58.40	17.50	
ช่วงอายุ					0.943
15-36 ปี	29	20.70	62.10	17.20	
37-47 ปี	74	24.30	56.80	18.90	
48-59 ปี	239	20.90	62.30	16.70	
สถานภาพสมรส					0.453
โสด	45	13.30	64.40	22.20	
คู่	237	23.60	59.10	17.30	
หม้าย/หย่า/แยก/อื่นๆ	60	20.00	66.70	13.30	
ระดับการศึกษา					0.537
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	220	19.10	62.30	18.60	
มัธยมศึกษา/ ปวช.	94	25.50	58.50	16.00	
อนุปริญญา/ปวส. ขึ้นไป	28	28.60	60.70	10.70	
อาชีพ					0.248
ใช้แรงงานฯ	129	15.50	64.30	20.20	
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	92	22.80	62.00	15.20	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ บริษัทเอกชน	46	23.90	65.20	10.90	
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/แม่บ้าน/ งานบ้าน/อื่นๆ	75	29.30	52.00	18.70	

*p-value<0.05

2.3. เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางสุขภาพของ อสม.รายด้าน พบว่าปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ปัจจัยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และปัจจัยอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกรายด้าน (n = 342)

ด้าน	เพศ (n = 342)	หญิง (n = 274) คน (ร้อยละ)	ชาย (n = 68) คน (ร้อยละ)	อายุ 15-36 ปี (n = 29) คน (ร้อยละ)	ช่วงอายุ 37-47 ปี (n = 74) คน (ร้อยละ)	48-59 ปี (n = 239) คน (ร้อยละ)	p-value	สถานภาพสมรส (n = 342) (ร้อยละ)	คู่หมั้น/และต่ำกว่า (n = 237) คน (ร้อยละ)	ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และต่ำกว่า (n = 220) คน (ร้อยละ)	ระดับการศึกษา (n = 342) (ร้อยละ)	p-value	อาชีพ (n = 342) (ร้อยละ)	p-value							
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	ถูกต้องที่สุด/ดีมาก	9 (13.23)	87 (31.80)	0.009	8 (27.59)	21 (28.38)	67 (28.03)	0.578	17 (37.78)	58 (24.47)	21 (35.00)	0.111	54 (24.55)	29 (30.85)	13 (46.43)	0.055	31 (24.03)	26 (28.26)	12 (26.09)	27 (36.00)	0.392
	ถูกต้องบ้าง/พอใช้	34 (50.00)	113 (41.20)		15 (51.72)	35 (47.30)	97 (40.59)		16 (35.55)	112 (47.26)	19 (31.67)		93 (42.27)	44 (46.81)	10 (35.71)		54 (41.86)	44 (47.83)	22 (47.82)	27 (36.00)	
	ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี	25 (36.77)	74 (27.00)		6 (20.69)	18 (24.32)	75 (31.38)		12 (26.67)	67 (28.27)	20 (30.33)		73 (33.18)	21 (22.34)	5 (17.86)		44 (34.11)	22 (23.91)	12 (26.09)	21 (28.00)	
	การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	32 (47.06)	102 (37.23)	0.104	11 (37.93)	34 (45.95)	89 (37.24)	0.370	15 (33.33)	98 (41.35)	21 (35.00)	0.328	81 (36.82)	39 (41.49)	14 (50.00)	0.597	46 (35.66)	40 (43.48)	20 (43.48)	28 (37.34)	0.619
2. การสื่อสารสุขภาพ	ถูกต้องที่สุด/ดีมาก	24 (35.29)	136 (49.64)		16 (55.17)	28 (37.84)	116 (48.54)		23 (51.11)	103 (43.46)	35 (56.67)		107 (48.64)	41 (43.62)	12 (42.86)		61 (47.29)	39 (42.39)	23 (50.00)	37 (49.33)	
	ถูกต้องบ้าง/พอใช้	12 (17.65)	36 (13.13)		2 (6.90)	12 (16.21)	34 (14.22)		7 (15.56)	36 (15.19)	5 (8.33)		32 (14.54)	14 (14.89)	2 (7.14)		22 (17.05)	13 (14.13)	3 (6.52)	10 (13.1)	
	ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี	13 (19.12)	52 (18.98)	0.994	3 (10.34)	15 (20.27)	47 (19.67)	0.755	4 (8.89)	48 (20.25)	13 (21.66)	0.431	42 (19.09)	16 (17.02)	7 (25.00)	0.801	23 (17.83)	19 (20.65)	6 (13.04)	17 (22.67)	0.536
	การสื่อสารสุขภาพ	43 (63.24)	175 (63.87)		20 (68.97)	48 (64.86)	150 (62.76)		31 (68.89)	115 (63.29)	37 (61.67)		138 (62.73)	62 (65.96)	18 (64.29)		78 (60.46)	59 (64.13)	34 (73.92)	47 (62.67)	
3. การจัดการตนเอง	ถูกต้องที่สุด/ดีมาก	12 (17.64)	47 (17.15)		6 (20.69)	11 (14.87)	42 (17.57)		10 (22.22)	39 (16.46)	10 (16.67)		40 (18.18)	16 (17.02)	3 (10.71)		28 (21.71)	14 (15.22)	6 (13.04)	11 (14.66)	
	ถูกต้องบ้าง/พอใช้	13 (19.12)	115 (41.97)	0.904	13 (44.83)	33 (44.60)	98 (41.00)	0.501	18 (40.00)	103 (43.46)	23 (38.33)	0.608	89 (40.45)	44 (46.81)	11 (39.29)	0.809	46 (35.66)	34 (36.96)	24 (52.17)	40 (53.33)	0.008
	ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี	43 (63.24)	135 (49.27)		14 (48.27)	31 (41.89)	122 (51.05)		22 (48.89)	111 (46.84)	34 (56.67)		111 (50.46)	41 (43.62)	15 (53.57)		74 (57.36)	43 (46.74)	21 (45.65)	29 (38.67)	
	การจัดการตนเอง	12 (17.64)	24 (8.76)		2 (6.90)	10 (13.51)	19 (7.95)		5 (11.11)	23 (9.70)	3 (5.00)		20 (9.09)	9 (9.57)	2 (7.14)		9 (6.98)	15 (16.30)	1 (2.18)	6 (8.00)	
4. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	ถูกต้องที่สุด/ดีมาก	33 (48.53)	134 (48.90)	0.970	15 (51.72)	39 (52.70)	113 (47.28)	0.354	20 (44.44)	118 (49.79)	29 (48.33)	0.427	98 (44.55)	49 (52.13)	20 (71.43)	0.008	57 (44.19)	43 (46.74)	32 (69.56)	35 (46.67)	0.153
	ถูกต้องบ้าง/พอใช้	23 (33.82)	95 (34.70)		11 (37.93)	19 (25.68)	88 (36.82)		13 (28.89)	83 (35.02)	22 (36.67)		75 (34.09)	36 (38.30)	7 (25.00)		49 (37.98)	33 (35.87)	10 (21.74)	26 (34.67)	
	ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี	12 (17.65)	45 (16.40)		3 (10.35)	16 (21.62)	38 (15.90)		12 (26.67)	36 (15.19)	9 (15.00)		47 (21.36)	9 (9.57)	1 (3.57)		23 (17.83)	16 (17.39)	4 (8.70)	14 (18.66)	
	การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	36 (52.94)	150 (54.75)	0.928	16 (55.17)	42 (56.76)	128 (53.56)	0.354	20 (44.44)	118 (49.79)	29 (48.33)	0.962	113 (51.36)	57 (60.64)	16 (57.15)	0.654	74 (57.36)	55 (59.78)	20 (43.48)	37 (49.33)	0.271
5. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	ถูกต้องที่สุด/ดีมาก	27 (39.71)	107 (39.05)		12 (41.38)	25 (33.78)	96 (40.17)		13 (28.89)	83 (35.02)	22 (36.67)		92 (41.82)	32 (34.04)	10 (35.71)		46 (35.66)	35 (38.04)	21 (45.65)	32 (42.67)	
	ถูกต้องบ้าง/พอใช้	5 (7.35)	17 (6.20)		1 (3.45)	7 (9.46)	15 (6.27)		12 (26.67)	36 (15.19)	9 (15.00)		15 (6.82)	5 (5.32)	2 (7.14)		9 (6.98)	2 (2.18)	5 (10.87)	6 (8.00)	
	ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี																				

*p-value<0.05

*p-value<0.05

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 50.09 ปี สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา และมีอาชีพใช้แรงงาน เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ และใช้แรงงานกลางแจ้ง

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของ อสม.อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง³¹ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 64.32 และอยู่ในช่วงอายุ 48-59 ปี ถึงร้อยละ 69.79 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำ จะมีความสามารถในการรับรู้ ทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ตลอดจนความสามารถในการเข้าถึงถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ได้น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาสูง และอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง จำสิ่งที่รับรู้ได้น้อย จึงทำให้ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึง คั่นคว้าข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง ตลอดจนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง รวมถึงการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ซึ่งพบว่า อสม.บางส่วนยังขาดทักษะในการอ่านและแปลข้อมูลสาธารณสุขจากสิ่งพิมพ์ ทำให้ศักยภาพในการให้ความรู้ของอสม. ต่ำลง¹¹ และอสม. มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลน้อยกว่าประชาชนทั่วไป³² ตลอดจนสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า อสม. มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยใช้ช่องทางอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับไม่ตี อีกทั้งทักษะการสื่อสารด้านการฟัง อ่าน พูด อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทักษะด้านการเขียนอยู่ในระดับที่ไม่ตี³¹ ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากระบวนการอบรม อสม. เน้นความรู้ทางสุขภาพ โดยจัดทำในรูปชุดความรู้สำเร็จรูปในรูปแบบการจัดชั้นเรียน แต่ยังไม่มีการดำเนินการฝึกอบรมในลักษณะการพัฒนาทักษะการค้นคว้าหาข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางอื่นๆ ตลอดจนการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) รวมถึงขาดการฝึกบูรณาการความรู้ที่ได้รับการอบรมไปสู่การจัดการตนเองด้านสุขภาพ อีกทั้งกระบวนการ

สื่อสารสุขภาพที่เน้นบทบาทของ อสม. ในฐานะผู้สื่อสารสาระทางสุขภาพมากกว่าการฝึกอบรมด้านการคิดวิเคราะห์ ทบทวนความถูกต้อง เหมาะสม และประโยชน์ของสื่อและสารสนเทศ ทำให้การเข้าถึงถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง รวมถึงการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับพอใช้ สำหรับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีมาก สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากทักษะด้านนี้มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องโดยคำนึงถึงประโยชน์ของตนเอง

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยคัดสรรไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของ อสม. ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยเพศ อายุและระดับการศึกษา ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม นั้น สอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมตามหลัก “3 อ. 2ส.”³³ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ²⁵ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ^{11,34} ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 80 อยู่ในช่วงอายุ 48-59 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 69 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าถึงมากกว่าร้อยละ 60 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น อสม. ที่อบรมแล้ว ทำให้ ตัวแปรเหล่านี้ไม่ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ^{19,34,35} สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าสถานภาพการสมรสที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรสจัดเป็นอิทธิพลของครอบครัวที่ส่งผลทางอ้อมต่อความฉลาดทางสุขภาพ²⁹ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 65 มีสถานภาพการสมรสคู่ จึงไม่ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม ส่วนปัจจัยอาชีพที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมนั้น ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ^{22,25} สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น อสม. ซึ่งได้รับการอบรมและเข้าร่วมกิจกรรมทางสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพได้โดยไม่มีการแบ่งแยกอาชีพ

ด้านการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความฉลาดทางสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่าปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งพบว่าความแตกต่างระหว่างเพศมีผลต่อการเรียนรู้เพศหญิงมีคะแนนในชั้นเรียนดีกว่าเพศชาย²⁸ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยทำนายความฉลาดทางสุขภาพ¹⁹ รวมถึงผลการศึกษาซึ่งพบว่าเพศชายมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพต่ำกว่าเพศหญิง^{20,35,36} ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจและความตั้งใจในการเรียนรู้ของเพศชายและหญิงแตกต่างกัน เพศหญิงมีความสนใจและความตั้งใจในการเรียนรู้มากกว่าเพศชาย²⁸ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเพศหญิงมีเวลาในการอ่านหนังสือ ข้อมูล ข่าวสารมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีกิจกรรมนอกบ้านที่ดึงดูดความสนใจมากกว่า ดังนั้นตัวแปรเพศจึงมีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง ส่วนปัจจัยระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษามีผลต่อการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ^{26,34,35,36} ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อกระบวนการคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ทบทวนสื่อและสารสนเทศแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อด้านนี้³³ สำหรับปัจจัยด้านอาชีพพบว่า มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับด้านนี้³³ รายได้เป็นปัจจัยทำนายความฉลาดทางสุขภาพ²⁰ ระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีรายได้ต่ำ³⁶ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าอาชีพมีความเกี่ยวข้องกับรายได้ อาชีพที่มีรายได้สูงจะทำให้บุคคลสามารถแสวงหาทางเลือกทางสุขภาพได้หลากหลาย ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของตนเอง อาชีพใช้แรงงานเช่นชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ จะมีรายได้และโอกาสในการแสวงหาทางเลือกทางสุขภาพ และมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมน้อยกว่าอาชีพข้าราชการ พนักงานเอกชน จึงทำให้มีโอกาสนในการเรียนรู้การจัดการตนเองน้อยกว่า ในขณะที่อาชีพแม่บ้าน และผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพมีเวลาในการแสวงหาข้อมูลและทางเลือกทางสุขภาพมากกว่า จึงทำให้มีโอกาสนในการเรียนรู้การจัดการตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ผู้บริหารองค์กรสาธารณสุขควรตระหนักถึงการกำหนดคุณสมบัติของประชาชนที่ประสงค์สมัครเข้าเป็น อสม. และนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงเกณฑ์การคัดเลือก อสม.
2. สาธารณสุขจังหวัดควรจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของ อสม. ให้ครบทั้ง 6 ทักษะโดยเฉพาะทักษะที่ 1-5 เพื่อให้ อสม.มีศักยภาพมากขึ้น และสามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนดำเนินงานสุขภาพเชิงรุกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับกับความสามารถทางสุขภาพของ อสม.เช่น ศาสนา ระบบสุขภาพ อิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน และวัฒนธรรม
2. ผู้วิจัยควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของ อสม. ตามหลัก 3 อ. 2 ส. ให้ครบทั้ง 6 ทักษะ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยคริสเตียนที่ให้ทุนสนับสนุนในโครงการวิจัยนี้

References

1. Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Primary Health Care Division. Curriculum manual of training and restore Village Health Volunteer's knowledge. Bangkok: The Agriculture Cooperative Federal of Thailand. Limited Printing House; 2009. (in Thai).
2. Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Health Education Division. The study of operation situation under Strategy and Planning Division Project (2009) in the 11th National Health Development Plan. Bangkok: Printery of The War Veterans Organization; 2010. (in Thai).

3. Office of the National Economic and Social Development Board, Ministry of Public Health, Mahidol University. Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan, B.E. 2554-2563. Bangkok: Printery of Office of the National Economic and Social Development Board; 2010. (in Thai).
4. Kickbusch I. (2008). Health Literacy: an essential skill for the twenty-first century. Health Education Journal, 108(2), 101-104. doi:10.1108/09654280810855559.
5. Jeingsatheijsurb K, Sukseit P. Village Health Volunteer's ability and strategy in the changing situation. Mohanamai Journal. 2007 Nov-Dec;17(3):7-20. (in Thai).
6. Danbunreong W. Practice of village health volunteer in assisting families in rehabilitating family members with movement disabilities in Thung Ngam Subdistrict Some Ngam District Lampang Province [master's thesis]. [Cheang Mai]: Cheing Mai University; 2009. (in Thai).
7. Chusak T. The Causal Relationship Model of Factors Influencing Role Performance of Village Health Volunteers in Public Health Region 18 [Dissertation]. [Nakornpathom]: Christian University of Thailand; 2011. (in Thai).
8. Na-saan S, et al. Effective of Village Health Volunteer Potential Development (VVPD), Kalasin Province. Research and Development Health System Journal. 2011; 3(1): 45-60. (in Thai).
9. Nakornpathom Statistical Office. Population statistic in Nakornpathom Province. 2014. (in Thai).
10. Mueng Nakornpathom District Public Health Office. Registration list of Village Health Volunteer in Mueng Nakornpathom District. 2014. (in Thai).
11. Kjaesangsai P, Sornsean P, Patarabenjapol S. The case study of Village Health Volunteer's Health Literacy. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2014; 9 Suppl: 82-7.
12. Kaewprom C, Yuthavisut S, Pratoom L, Boontum A. Mental health literacy among village health workers A case study of two sub-districts in Klong, Chantaburi. Journal of Health Science research 2014; 8(1), 10-6. (in Thai)
13. Kermode M, Bowen K, Arole S, Pathare S, Jorm, AF. Attitude to people with mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. 'Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009; 44(12): 1087-96.
14. Indhraratana A. Health literacy of Health Professionals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014 Sep-Dec; 15(3): 174-78. (in Thai).
15. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. Health Promotion International. 2000; 15(3): 259-67.
16. Theepeerurai N, Keitchum D. The Research Report of Devision of Health Literacy tool for grade 9 obesity students 2008. 1st ed. [Bangkok]: Samjareonpanich (Bangkok) Limited; 2008. (in Thai).
17. Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Primary Health Care Division. The Handbook of Village Health Volunteer community health manager: Printery of Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
18. Osborne H. Health Literacy: What it is, Why It Matters, How You Can Help. 2016 Jun: 1-4.

19. Hanchate AD, Ash AS, Gamararian JA, Wolf MS, Paasche-Orlow MK. The Demographic Assessment for Health Literacy (DAHL): A New Tool for Estimating Association between Health Literacy and Outcomes in National Surveys. *Journal of General Internal Medicine*. 2008; 10: 1561-66; Doi: 10.1007/s1160-008-0699-5.
20. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M, et al. Developing Predictive Models of Health Literacy. 2009; 1211-6; Doi: 10.1007/s11606-009-1105-7. PubMed PMID: 19760299; PubMed Central PMCID: PMC2771237.
21. Kobayashi LC, Smith SG, O'Connor R, Curtis LM, Park D, Wagner CV, et al. The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: a cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. [abstract]. *BMJ Open*. 2015; 5(4) :e007222. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007222.
22. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and Health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health*. 2013; 13:261; Doi: 10.1186/1471-2458-13-261. PubMed PMID: 362172; PubMed Central PMCID: PMC3621712.
23. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health. *Journal of ducation and Health Promotion*. 2014; 3: 119; Doi: 10.4103/2277-9531.145925. PubMed PMID: 25540792; PubMed Central PMCID: PMC4275619.
24. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Reijken M. Functional communicative and critical health literacy of chronic disease patient and their importance for self-management. *Patient Educ Couns*. 2015; 1: 41-8; Doi: 10.1016/j.pec.2014.10.006. Pub Med PMID: 25455794.
25. Shen M, Hu M, Liu S, Chang Y, Sun Z. Assessment of the Chinese Resident Health Literacy in a population-based sample in South China. *BMC Public Health*. 2015; 15: 637; Doi: 10.1186/s12889-015-1958-0.
26. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health Literacy, associated and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. 2015; 20: 112-9; Doi: 10.1111/hex.12440.
27. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy [abstract]. *Social Science & Medicine*. 2008 Dec; 67(12) : 2072-8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050. Epub 2008 Oct 25.
28. Rootman I, Ronson B. *Canadian Journal of Public Health*[online]. 2005; 96 Suppl '2:62-77.
29. Manganello J A. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future Research. *Health Education Research*. 2008; 23: 840-7.
30. Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Health Education Division. The promotion and assessment of Health Literacy and health behavior among students and workers. 1sted. Bangkok: Newthamada Publishing House Co.Ltd.; 2016. (in Thai).
31. Jantharinthrakorn A. Relationship between Health Literacy and Dengue Haemorrhagic Fever Prevention and Control Behavior of Public Health Volunteer in Suanluang Subdistrict Municipality, Krathum Baen District, Samut Sakhon Province [master's thesis]. [Bangkok]: Kasetsart University; 2014. (in Thai).

32. Pansakun N. Comparative Study of Health Literacy in the Village Health Volunteers and General Population Group in Chaing-Kham District, Phayao Province [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. (in Thai).
33. Suramitrmaitre B. The Individual Study of Health Literacy and the Operation Situation to promote Thai's Health Literacy to serve accessibility to ASEAN Community [report of Foreign Affairs Executive Programme]. Bangkok: Devawongse Varopakarn Institute of Foreign Affairs; 2013. (in Thai).
34. Nilnert V. Health Literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
35. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hankim RM, Eden S, Shintani A, Wallston KA, et al. Low Health Literacy Associates with Increased Mortality in ESRD. *J Am Soc Nephrol*. 2010; 21: 1979-85.
36. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Bernard P, et al. The Health Literacy of Parents in the United States: A Nationally Representative Study. *Pediatrics*. 2009; 24 (3 supply): 1-24.