



วารสารอาหารและยา
ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 (2566): มกราคม - เมษายน
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/index>

THAI FOOD AND DRUG JOURNAL
Vol. 30 No. 1 (2023): January – April



ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทย

รัชну กริธธร¹ ภูมิพัฒน์ อรุณากูร¹

¹ กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นนทบุรี

ที่อยู่ติดต่อ: รัชну กริธธร 88/24 กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 K.rachanu@gmail.com

Health Product Literacy of Thai People

Ratchanu Kreethathorn¹, Phoomphat Arunakul¹

¹ Public and Consumer Affairs Division, Food and Drug Administration, Nonthaburi

Contact address: Ratchanu Kreethathorn, 88/24, Public and Consumer Affairs Division, Food and Drug Administration, Tiwanon Road, Talat Khwan Sub-district, Mueng District, Nonthaburi, 11000, Thailand, K.rachanu@gmail.com

Received: 2 May 2022, **Revised:** 30 August 2022, **Accepted:** 6 October 2022

Abstract

Background: Nowadays, communication technology allows people to communicate freely, including fake news about health products and beliefs that affect behaviours and health beliefs, which leads to misconceptions. Lack of knowledge and skills in screening and selecting health products may lead to wrong health beliefs and health behaviours. It can affect low health conditions, mortality rates, hospitalisation rates, and treatment costs. So improving health product literacy is a necessary topic.

Objectives: To assess the health product literacy and factors related to health product literacy of Thai people at aged 15 years and over.

Methods: This was a quantitative research project by a cross-sectional survey between March and June 2022 that used multistage sampling in 13 health regions across Thailand. It was conducted through face-to-face interviews with the health product literacy questionnaire. The number of samples was 2,331 samples at a confidence level of 95%. Then, a total of 2,434 samples were collected.

Results: In the sample of 2,434 cases, most of them were females 57.52%, aged 25 - 45 years old 60.44%; freelance, farmers, or self-employed 44.6%; Bachelor's degree or higher 41.13%; income of 10,000-15,000 baht a month 42.19%; role as a community member 90.76%; seldom participate in community activities 55.63%; and lived in urban 68.41%, respectively. An average overall health product literacy score was 70.89%, of which 55.88% was at a moderate level, followed by 26.17% at a high level and 17.95% at a low level, respectively. The levels of health product literacy with the highest score were a functional health product literacy at 73.76%, followed by critical health product literacy at 70.95%, and communicative/interactive health product literacy at 67.01%, respectively. Health product literacy scores according to the V-shape showed that the highest average score was a health behavior change at 75.11%, followed by information understanding 75.05%, abilities or skills in information accessing 72.76%, telling others about health information 67.98%, retaliation and information exchange 67.81%, and decision making at 66.22%, respectively. The factors that had a statistically significant relationship on the score level were the internal factors gender, education, personal income, role in the community, participation in community activities, and residential areas at $p < 0.05$. Besides, these included the external factors: internet use, receiving information, and obtaining or using the information in making decisions. The top three media channels that the sample accessed were Facebook, television, and YouTube at 77.44, 59.04, and 52.67%, respectively.

Conclusions: Most samples had a moderate health product literacy level. It means having good health product literacy, but it might not be enough for proper practice. The majority of them were able to explore, access, and use the resources on their own, as well as exhibit the behaviour of sharing the knowledge that they acquired with others. On the other hand, they lacked skills in analytical thinking, decision making, screening, and selection of such information for use in health care (media knowledge). Both internal and external factors in terms of information getting from social media were statistically significant factors that affected the level of health product literacy.

Keywords: health literacy, health products, health product literacy

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: ปัจจุบันด้วยเทคโนโลยีสื่อสารที่ทำให้ผู้คนสื่อสารได้อย่างอิสระ รวมไปถึงข่าวปลอมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่บนโลกออนไลน์ เหล่านี้ส่งผลอย่างมากต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเชื่อที่ผิด ๆ การขาดความรอบรู้และทักษะในการคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงอาจนำไปสู่การความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจส่งผลต่อไปยังภาวะสุขภาพต่ำ อัตราการตาย อัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นได้ การเพิ่มส่งเสริมความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

วิธีการวิจัย: การวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสำรวจภาคตัดขวางระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2565 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งหลายขั้นตอนจาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยการสัมภาษณ์แบบพบตัว (face-to-face interview) ด้วยแบบวัดความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กำหนดจำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 2,331 ราย ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สามารถเก็บตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 2,434 ตัวอย่าง

ผลการศึกษา: จากตัวอย่าง 2,434 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.52 อายุอยู่ระหว่าง 25 - 45 ปี ร้อยละ 60.44 อาชีพอิสระ ธุรกิจส่วนตัว หรือเกษตรกร ร้อยละ 44.66 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 42.13 รายได้ 10,000 – 15,000 บาท ร้อยละ 42.19 บทบาทเป็นสมาชิกในชุมชน ร้อยละ 90.76 ร่วมกิจกรรมในชุมชนนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 55.63 และอาศัยในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 68.41 ผลสำรวจคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 70.89 โดยอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.88 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 26.17 และระดับน้อย ร้อยละ 17.95 ตามลำดับ ระดับขึ้นความรอบรู้ที่มีคะแนนมากที่สุดคือขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 73.76 รองลงมาเป็นระดับขั้นวิจารณ์ญาณ ร้อยละ 70.95 และขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 67.01 ตามลำดับ คะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตาม V-Shape พบว่าด้านที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 75.11 รองลงมาคือ ด้านความเข้าใจ ร้อยละ 75.05 ด้านการเข้าถึงสื่อความรู้ ร้อยละ 72.76 ด้านการบอกต่อ มีส่วนร่วมในสังคม การแบ่งปันข้อมูลที่ได้ ร้อยละ 67.98 ด้านการได้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน ความรู้ ร้อยละ 67.81 และด้านการตัดสินใจ การนึกคิด ทศนคติ ระดับบุคคล ร้อยละ 66.22 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับคะแนนฯ ที่ $p < 0.05$ ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และพื้นที่อยู่อาศัย ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การใช้อินเทอร์เน็ต การรับข้อมูล การได้รับและใช้ข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อย. ช่องทางสื่อสารข่าวสารที่ประชาชนเลือกใช้สามลำดับแรกคือ เฟซบุ๊ก โทรศัพท์ และยูทูบ ร้อยละ 77.44, 59.04 และ 52.67 ตามลำดับ

สรุป: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ระดับปานกลาง คือ มีความรอบรู้ดี แต่อาจไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่ดีได้ถูกต้อง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมในการแบ่งปันข้อมูลที่ได้รับกับผู้อื่น แต่ขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ คัดกรอง และคัดเลือกข้อมูลดังกล่าวเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ (รู้เท่าทันสื่อ) โดยมีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่เกี่ยวกับการรับสื่อสังคมต่าง ๆ ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-Communicable Diseases) กลายเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นของโลกและประเทศไทย และพบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเหล้า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย อาหารหวานมัน เค็มจัด และความเครียด¹ ประกอบกับการคัดกรองและเลือกรับข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพจากการรับรู้สื่อเกิดขึ้นตลอดเวลา มีผลอย่างมากต่อรูปแบบชีวิตรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ และด้วยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สุขภาพจำนวนมากอย่างเสรี ประชาชนอาจหลงเชื่อและกลายเป็นส่วนหนึ่งของการเผยแพร่ข่าวปลอมโดยไม่รู้ตัวได้ โดยจากข้อมูลสถานการณ์การเปิดรับสื่อของคนไทย ปีพ.ศ. 2562 พบว่า ร้อยละ 79 ของคนไทยทั้งประเทศ สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตใช้งานโซเชียลมีเดียเป็นประจำ ใช้อินเทอร์เน็ต 9 ชั่วโมง/วัน และอยู่กับโซเชียลมีเดีย 3 ชั่วโมง/วัน นอกจากนี้สื่อโทรทัศน์ยังเป็นอีกประเภทสื่อที่กลุ่มวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 98 เลือกบริโภค² และจากการรวบรวม “Fake News สุขภาพ” ปรากฏการณ์ข่าวปลอมในรอบ 1 ปี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2561- มิถุนายน

2562 พบช่องทางที่มีการพูดถึงข่าวปลอม ซึ่งในที่นี้หมายถึง การพูดถึงข่าวปลอมในทุกแง่ทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นการเผยแพร่ข่าว การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข่าวหรือการพูดคุยเกี่ยวกับข่าวปลอมนั้น ๆ พบว่าช่องทางที่มีการพูดถึงมากที่สุดคือ เฟซบุ๊ก ร้อยละ 65 ตามด้วยทวิตเตอร์ ร้อยละ 13 ข้อความจากสำนักข่าวต่าง ๆ ซึ่งเป็นการให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข่าวปลอม ร้อยละ 12 ยูทูบ ร้อยละ 6 พันทิป ร้อยละ 3 และอินสตาแกรม ร้อยละ 1 ตามลำดับ หัวข้อที่มีการกล่าวถึงและมียอดการมีส่วนร่วม (engagement) ได้แก่ การกดไลก์/คอมเมนต์/แชร์ มากที่สุดของแต่ละเพจส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเรื่อง ยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยังมีข้อมูลว่าผู้สูงอายุในไทย ร้อยละ 75 ใช้โซเชียลมีเดียโดยไม่รู้เท่าทัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงตกเป็นเหยื่อสูงสุดเพราะใส่ใจสุขภาพแต่ไม่อ่านฉลากและเชื่อโฆษณา³ จากพฤติกรรมดังกล่าวหากประชาชนขาดความรู้หรือทักษะในกลั่นกรองข้อมูล อาจทำให้เกิดการหลงเชื่อที่นำไปสู่การปฏิบัติและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้

จากนิยามความรอบรู้สุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความสามารถหรือทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี⁴ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งสร้างให้เกิดขึ้นเพื่อเป็นเครื่องช่วยป้องกันอันตรายจากข้อมูลลวงต่าง ๆ ซึ่งมิจฉาชีพและนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่มีการพัฒนาจากทฤษฎีความรอบรู้สุขภาพเดียวกันแต่แตกต่างกันในรายละเอียดข้อคำถามและระดับการประเมินตามวัตถุประสงค์การศึกษานั้น ๆ⁵⁻¹² ในประเทศไทยมีการสำรวจความรอบรู้สุขภาพทั้งการศึกษาเฉพาะประเด็นและในภาพรวมจำนวนมาก สำหรับการประเมินในภาพรวมมีการกำหนดองค์ประกอบที่ส่งผลต่อความรอบรู้สุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิ พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์สุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ 16 มิติ ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมินและปรับใช้ใน 4 ระบบ คือ ด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านระบบการป้องกันโรคด้วยตนเอง และ ด้านระบบส่งเสริมสุขภาพ โดยจากตัวอย่างการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมโดยกรมอนามัย พบว่า คนที่ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้สุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่ได้รับข้อมูล 4.26 เท่า และการไม่ได้เรียนหนังสือมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ไม่เพียงพอมากที่สุด และระบบสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ (การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ)

(คะแนนเฉลี่ยต่อข้อคำถาม 2.41 คะแนน)⁵ โดยการประเมินจากผลสำรวจข้างต้นในเรื่องการคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ มุ่งเน้นประเมินการรับรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งไม่ครอบคลุมการรับรู้ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสื่อประเภทอื่น ๆ

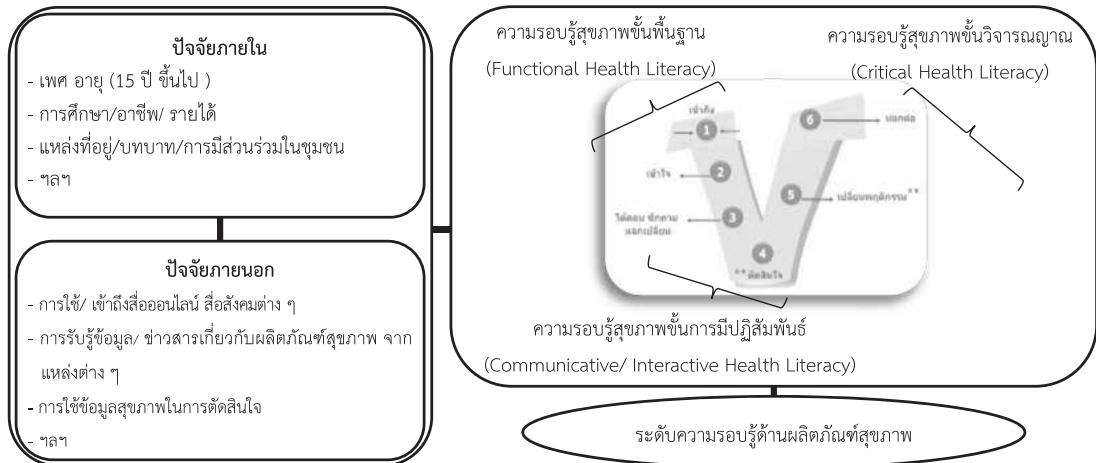
การศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ (การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ซึ่งเป็นด้านหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้สู่ความรอบรู้สุขภาพ (V-Shape) โดยเฉพาะการรับรู้หรือแสวงหาข้อมูลความรู้จากสื่อสังคมต่าง ๆ รวมถึงการส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ โดยนำแบบสำรวจความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มาจากงานวิจัยตามกรอบแนวคิด V-Shape ที่เสนอโดยกรมอนามัยมาใช้ในการสำรวจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการประเมินระดับคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอ้างอิงตามกระบวนการการเรียนรู้สู่ความรอบรู้สุขภาพ (V-Shape)⁵ ที่เสนอโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยขยายประเด็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินระดับการรับรู้เข้าใจ การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study) โดยการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไป อายุ 15 ปี ขึ้นไป จาก 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ โดยมีข้อกำหนด ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นผู้ร่วมวิจัย คือ เป็นประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่เป้าหมาย
2. เกณฑ์การแยกผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากโครงการ คือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทย เข้าใจ
3. เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา คือ ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการตอบคำถามหรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนภาพรวม ตามหลัก 2 ประการ คือ หลักความเป็น

ตัวแทนทางสถิติของประชากรเป้าหมาย (representativeness) และหลักของความคลาดเคลื่อนซึ่งขึ้นอยู่กับระบบฐานข้อมูลประชากร กรอบการสุ่มตัวอย่าง (sampling frame) การกำหนดขนาดตัวอย่าง (sample size) โดยวิธีของทาโร ยามาเน่ และการเลือกตัวอย่าง (sampling method) ประยุกต์ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายชั้น (stratified multi-stage sampling) โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางสถิติ (probability sampling) กระจายตัวอย่างครอบคลุมพื้นที่เป้าหมายทั่วประเทศ ซึ่งมีขั้นตอนการเลือก ได้แก่ (1) แบ่งชั้นภูมิออกเป็น 13 พื้นที่ ตามเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข แต่ละเขตประกอบไปด้วยจังหวัด 5 - 8 จังหวัด (2) คัดเลือกตัวอย่างจังหวัดเขต/อำเภอ โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดประชากรในแต่ละจังหวัด เขต/อำเภอ (systematic sampling with probability proportional to size) และ

(3) เลือกตัวอย่างประชาชนทั่วไป อายุ 15 ปี ขึ้นไป ตามสัดส่วนขนาดประชากรโดยอ้างอิงข้อมูลกรมการปกครอง ปี 2563 โดยกำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากับ 2,331 ตัวอย่าง ที่ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 สามารถเก็บตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 2,434 ตัวอย่าง

เครื่องมือ

ใช้แบบสำรวจความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ตามทฤษฎีและกรอบแนวคิดของ WHO⁴, Nutbeam¹², Osborn¹³ และการประเมินตาม V-shape 6 ด้าน ที่เสนอโดยกรมอนามัย⁵ วิเคราะห์คุณภาพของแบบสำรวจฯ โดยการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีประสบการณ์ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านงานสำรวจวิจัย/สถิติวิจัย และด้านจิตวิทยาการศึกษาจำนวน 5 คน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 50 ตัวอย่างที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่า Index of Item-Objective Congruence: IOC มีค่าระหว่าง 0.60 - 1.00 มีค่าเฉลี่ยที่ 0.93 และทดสอบความเที่ยงด้วยค่า Cronbach's alpha ในแต่ละระดับความรู้ฯ มีค่าระหว่าง 0.728 ถึง 0.930 มีค่าเฉลี่ย 0.970 ซึ่งมากกว่า 0.7 เป็นค่าความเที่ยงในระดับดี ซึ่งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รหัส COA No. IHRP2021060/ IHRP No. 056-2564

แบบสำรวจฯ มี 3 ตอน รวม 56 ข้อ ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (9 ข้อ) เป็นข้อมูลทางประชากร ตอนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ข่าวสาร (7 ข้อ) เป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อประเมินประเด็น

เฉพาะด้านการเข้าถึงและประเภทสื่อที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกใช้ ทั้งสองตอนข้อคำถามเป็นทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด และตอนที่ 3 ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (40 ข้อ) เป็นข้อคำถามแบบ Likert Scale แบบ 6 ระดับ จากระดับคะแนนน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

การรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการดำเนินงานระหว่างเดือนมีนาคม - ตุลาคม 2564 ประกอบด้วยขั้นตอน

1. จัดทำคู่มือภาคสนามสำหรับเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยจัดทำข้อสรุปอธิบายการใช้แบบสอบถาม กำหนดข้อตกลงในการเก็บและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่รวบรวมได้ จากนั้นมีการประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลและทีมวิจัย เพื่อทำความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ ของแบบสอบถามก่อนการลงเก็บข้อมูล

2. เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบพบตัว (face-to-face interview) สอบถามความเห็นและประสบการณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะรายงานเป็นตัวเลขเพื่อใช้ในการวิเคราะห์กับคอมพิวเตอร์ ไม่เปิดเผยชื่อหรือระบุตัวตน ระยะเวลาการสัมภาษณ์ระหว่าง 20-25 นาที ต่อราย โดยมีการแนะนำตัวของผู้สัมภาษณ์ แจกรายละเอียดโครงการและการลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอม (consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยตัวที่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยสถิติ Chi-square test

2. การประเมินคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีประเมินผลการศึกษาของ Bloom¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมากเพียงพอและการปฏิบัติที่ดีได้ ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพดี แต่อาจไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่ดีได้ถูกต้อง และระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่ดี

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ จากทุกช่องทาง การเข้าใจ ได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน และตัดสินใจ จากข้อมูลที่ผ่านมา การกรองและประเมินแล้ว รวมถึงการร่วมแบ่งปัน และการบอกต่อกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อการคัดกรอง และเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการเรียนรู้สู่ความรอบรู้สุขภาพ 6 มิติย่อย ได้แก่

1. การเข้าถึง คือ ความสามารถในการค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลใด ๆ โดยพิจารณาความง่ายง่ายของการเข้าถึง การมีแหล่งสนับสนุน ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ

2. ความเข้าใจ คือ ความสามารถในการอธิบายเปรียบเทียบหรือแปลความหมายเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ

3. การโต้ตอบชักถาม แลกเปลี่ยน คือ ความสามารถในการตั้งคำถาม โต้ตอบ อภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลได้

4. การตัดสินใจ คือ ความสามารถในการวิเคราะห์พิจารณาข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มาใช้เป็นทางเลือก ที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง

5. การเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ความสามารถในการประยุกต์เรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไข พฤติกรรม

6. การบอกต่อ คือ ความสามารถในการสื่อสารข้อมูลหรือประสบการณ์จากการเปลี่ยนแปลงแก้ไข พฤติกรรมของตนเอง ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบอกต่อผ่านสังคมออนไลน์

ระดับความรอบรู้สุขภาพ หมายถึง ระดับขั้นความรอบรู้สุขภาพ 3 ขั้น ได้แก่

1. ความรอบรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ได้แก่ ทักษะด้านการฟังพูดอ่านและเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจ และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถเข้าถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ เป็นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ

2. ความรอบรู้สุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (communicative/interactive health literacy) เป็นทักษะด้านการนึกคิด (cognitive) ทักษะทางการรู้เท่าทันสื่อและทักษะทางสังคม (social)

ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

3. ความรอบรู้สุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,434 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 57.52 อายุระหว่าง 25 - 45 ปี ร้อยละ 60.44 การศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าร้อยละ 41.13 อาชีพอิสระ/ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร ร้อยละ 44.66 ระดับรายได้ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 42.19 เป็นสมาชิกในชุมชน ร้อยละ 90.76 ร่วมกิจกรรมชุมชนนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 55.63 และอาศัยในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 68.41 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,034	42.48
หญิง	1,400	57.52
อายุ		
15 - 24 ปี	303	12.45
25 - 45 ปี	1,471	60.44
46 - 59 ปี	532	21.86
60 ปี ขึ้นไป	128	5.26

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมต้น	505	20.75
มัธยมปลาย ปวช. ปวส. หรืออนุปริญญา	928	38.13
ปริญญาตรีขึ้นไป	1,001	41.13
อาชีพ		
พนักงานลูกจ้างรัฐหรือเอกชน	990	40.67
อาชีพอิสระ/ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร	1,087	44.66
นักเรียน นักศึกษา แม่บ้านหรือว่างงาน	357	14.67
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	531	21.82
10,001-15,000 บาท	1,027	42.19
15,001-30,000 บาท	682	28.02
30,001 บาทขึ้นไป	194	7.97
บทบาทในชุมชน		
กลุ่มการเมือง	84	3.45
ประธานหรือผู้นำชุมชน อสม. อสส.	141	5.79
คนในชุมชน	2,209	90.76
การร่วมกิจกรรมในชุมชน		
ทุกครั้ง	228	9.37
บ่อยครั้ง	379	15.57
นาน ๆ ครั้ง	1,354	55.63
ไม่เคยเข้าร่วม	473	19.43
ที่อยู่อาศัย		
นอกเขตอำเภอเมือง	769	31.59
ในเขตอำเภอเมือง	1,665	68.41
เขตสุขภาพ		
เขตสุขภาพที่ 1 น่าน ลำปาง เชียงใหม่	276	11.34
เขตสุขภาพที่ 2 เพชรบูรณ์	85	3.49
เขตสุขภาพที่ 3 กำแพงเพชร นครสวรรค์	182	7.48

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เขตสุขภาพที่ 4 นนทบุรี	110	4.52
เขตสุขภาพที่ 5 ราชบุรี สุพรรณบุรี	151	6.20
เขตสุขภาพที่ 6 สมุทรปราการ จันทบุรี	165	6.78
เขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น	163	6.70
เขตสุขภาพที่ 8 อุตรธานี	135	5.55
เขตสุขภาพที่ 9 บุรีรัมย์	136	5.59
เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี	165	6.78
เขตสุขภาพที่ 11 ชุมพร นครศรีธรรมราช	180	7.40
เขตสุขภาพที่ 12 นครราชสีมา สงขลา	183	7.52
เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร	503	20.67

ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ทุกวัน ร้อยละ 68.65 ได้รับข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกวัน ร้อยละ 33.6 จากช่องทางสามลำดับแรกคือ เฟซบุ๊ก ร้อยละ 77.44 โทรศัพท์ ร้อยละ 59.04 และยูทูบ ร้อยละ 52.67 ตามลำดับ นอกจากนี้ส่วนใหญ่เคยรับข้อมูลจากทาง ออย. ร้อยละ 73.29 และเลือกใช้ข้อมูลของ ออย. ในการตัดสินใจเลือกรับ/เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 71.36 โดยข้อมูลที่น่าสนใจมากที่สุดคือการตรวจสอบทะเบียน ออย. ของผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาต ร้อยละ 27.73 และเคยใช้ช่องทางร้องเรียนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1556 มากที่สุด ร้อยละ 22.64 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
ช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้อินเทอร์เน็ต (สื่อออนไลน์) บ่อยเพียงใด		
ทุกวัน	1,671	68.65
เกือบทุกวันต่อสัปดาห์	307	12.61
บางวันต่อสัปดาห์	245	10.07
ไม่ค่อยใช้/ไม่ได้ใช้เลย	211	8.67
คุณได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสื่อต่าง ๆ		
ทุกวัน	818	33.61
เกือบทุกวันต่อสัปดาห์	410	16.84
บางวันต่อสัปดาห์	568	23.34
ไม่ค่อยได้รับข่าวสาร/ไม่ได้รับข่าวสารเลย	638	26.21
คุณรับรู้ข้อมูล/ข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผ่านช่องทาง*		
เฟซบุ๊ก	1,885	77.44
โทรศัพท์	1,437	59.04
ยูทูบ	1,282	52.67
ไลน์	1,093	44.91
เว็บไซต์ต่าง ๆ	553	22.72
เพื่อน	514	21.12
สมาชิกในครอบครัว	474	19.47
วิทยุ	389	15.98
บุคลากรด้านสาธารณสุข	376	15.45
เสียงตามสายชุมชน/หมู่บ้าน	335	13.76
ทวีตเตอร์	224	9.20
นิตยสาร	80	3.29
วารสาร	76	3.12
อื่น ๆ (ตัวแทนขายตรง/อินสตาแกรม/คอลเซ็นเตอร์)	35	1.44
ผู้ไม่ตอบ	3	0.12
เคยรับรู้หรือเห็นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากช่องทางของ ออย.		

ตารางที่ 2 การรับข้อมูลข่าวสาร (ต่อ)

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
เคยเห็น/รับรู้ข้อมูล	1,748	73.29
ไม่เคยเห็น/รับรู้ข้อมูล	650	26.71
ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากช่องทางของ ออย.		
ใช่	1,737	71.36
ไม่ใช่	697	28.64
ข้อมูลสำคัญ (ลำดับแรก) ที่เลือกใช้ ในการตัดสินใจเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ **		
การตรวจสอบทะเบียน ออย. ของผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาต	675	27.73
สาระความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับ/เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	623	25.60
ข่าวเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย	615	25.27
ข่าวปลอม	274	11.26
การตรวจจับ และปราบปรามผู้กระทำความผิด	199	8.18
อื่น ๆ	7	0.29

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ, ** เลือกตอบแบบเรียงลำดับ

ส่วนที่ 3 คะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่ 170.14 (± 27.98) คิดเป็น ร้อยละ 70.89 จากคะแนนเต็ม 240 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีคะแนนระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 56.82 ระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 26.17 และระดับน้อยคิดเป็น ร้อยละ 17.01 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยใน 6 มิติย่อย ตามกรอบแนวคิดการศึกษา ประกอบด้วย

1. ด้านการเข้าถึง คะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลางที่ร้อยละ 72.76 โดยประเด็นที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ การสามารถหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง และประเด็นที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ

ประเด็นการสามารถเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพจากผู้ผลิต/เจ้าของผลิตภัณฑ์/เอกชนได้ง่าย

2. ด้านความเข้าใจ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลางที่ร้อยละ 75.05 โดยประเด็นที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ การสามารถเข้าใจฉลากโภชนาการทางเลือกสุขภาพ healthier choice ตนเอง และประเด็นที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ความเข้าใจฉลากสัญลักษณ์ฉลาก หวาน มัน เค็ม (GDA)

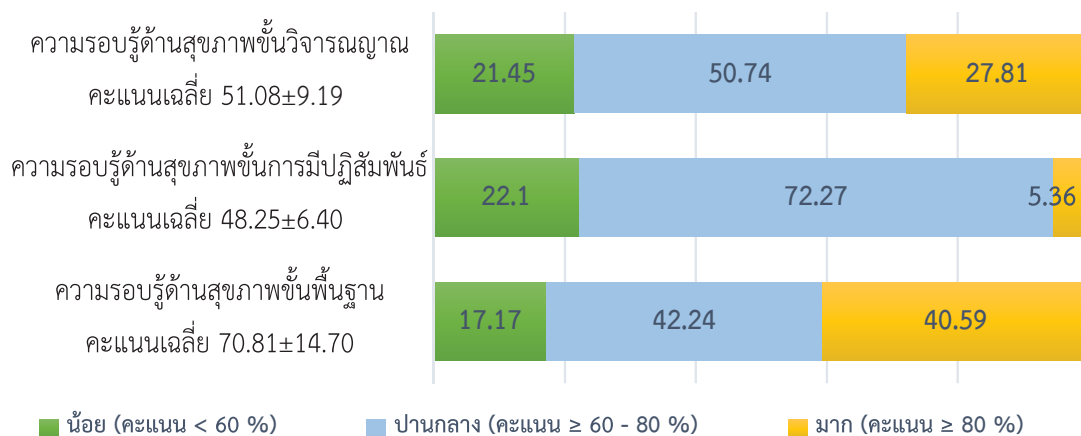
3. ด้านการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน คะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับน้อยที่ ร้อยละ 67.81 โดยประเด็นที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ การสามารถตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ต้องการได้ และประเด็นที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ความมั่นใจในการให้ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพกับเพื่อน ครอบครัว และคู่สนทนา

4. ด้านการตัดสินใจนึกคิด ทศนคติ ระดับบุคคล คะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลางที่ร้อยละ 66.22 โดยประเด็นที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ เมื่อเห็นข้อมูลโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่เชื่อโดยพิจารณาข้อมูลจากแหล่งอื่นเพิ่มเติม และประเด็นที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพจากคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ

5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 75.11 โดยประเด็นที่ได้ระดับคะแนนมากที่สุดคือ สามารถเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับตนเองและครอบครัวจากข้อมูลที่ได้รับ และประเด็นที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ การนำข้อมูลจากฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพมาใช้เลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้

6. ด้านการบอกต่อ มีส่วนร่วมในสังคม และการแบ่งปันข้อมูลที่ได้ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับ ปานกลางที่ ร้อยละ 67.98 โดยประเด็นที่ระดับ คะแนนมากที่สุดคือ การแนะนำ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ จากประสบการณ์ที่คุณใช้ให้บุคคลอื่นหรือบุคคล ใกล้ชิด และประเด็นที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ การบอกต่อ ผลิตภัณฑ์สุขภาพจากประสบการณ์ ที่ดี ผ่านช่องทางสื่อออนไลน์

ร้อยละจำนวนผู้มีความรอบรู้ฯ จากผล รวมคะแนนใน 6 มิติย่อย พบว่าระดับขั้นพื้นฐาน มีคะแนนเฉลี่ยรวมมากที่สุด อยู่ที่ 70.81 ± 7.88 คะแนน รองลงมาคือระดับขั้นวิจาร์ณญาณ มีคะแนน เฉลี่ย 51.08 ± 9.19 และระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ย 48.25 ± 6.40 ตามลำดับ ดังแสดง ในรูปที่ 2



รูปที่ 2 จำนวนผู้มีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำแนกตามระดับคะแนน (ร้อยละ)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับคะแนนความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการทดสอบสถิติ Chi-square test พบว่าจาก 12 ตัวแปร มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคะแนนความรู้ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 10 ตัวแปร ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ

รายได้ส่วนตัว บทบาทในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เขตที่อยู่อาศัย การใช้อินเทอร์เน็ต การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับหรือใช้ข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจ ยกเว้น ปัจจัยด้านอายุและอาชีพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ตอบแบบสอบถามกับความเห็นต่อระดับความรอบรู้

ปัจจัย		จำนวน	ระดับความรอบรู้			Chi-Sq.
			น้อย	ปานกลาง	มาก	
เพศ	ชาย	1,034	18.28	59.57	22.15	15.631
	หญิง	1,400	17.71	53.14	29.14	(p<0.05)
อายุ	อายุ 15 - 24 ปี	303	17.49	61.06	21.45	11.631
	อายุ 25 - 45 ปี	1,471	16.72	56.63	26.65	(0.071)
	อายุ 46 - 59 ปี	532	21.43	51.69	26.88	
	อายุ 60 ปี ขึ้นไป	128	18.75	52.34	28.91	
การศึกษา	ต่ำกว่ามัธยมต้น	505	22.97	57.62	19.41	21.216
	มัธยมปลาย ปวช. ปวส. หรืออนุปริญญา	928	17.24	55.60	27.16	(p<0.05)
	ปริญญาตรีขึ้นไป	1,001	16.08	55.24	28.67	
อาชีพ	พนักงานลูกจ้างรัฐหรือเอกชน	990	16.77	53.43	29.80	11.988
	เกษตรกร อาชีพอิสระ หรือธุรกิจส่วนตัว	1,087	18.40	57.59	24.01	(p<0.05)
	นักเรียน นักศึกษา แม่บ้านหรือว่างงาน	357	19.89	57.42	22.69	
รายได้ต่อเดือน	รายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท	531	22.03	58.57	19.40	63.699
	รายได้ 10,001-15,000 บาท	1,027	15.29	50.63	34.08	(p<0.05)
	รายได้ 15,001-30,000 บาท	682	18.04	59.68	22.29	
	รายได้ 30,001 ขึ้นไป	194	20.62	62.89	16.49	
บทบาทในชุมชน	กลุ่มการเมือง	84	9.52	76.19	14.29	32.874
	ประธานหรือผู้นำชุมชน อสม. อสส.	141	7.09	70.92	21.99	(p<0.05)
	คนในชุมชน	2,209	18.97	54.14	26.89	
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	ทุกครั้ง	228	5.26	74.56	20.18	74.611
	บ่อยครั้ง	379	14.51	64.38	21.11	(p<0.05)
	นาน ๆ ครั้ง	1,354	19.13	50.89	29.99	
	ไม่เคยเข้าร่วม	473	23.47	54.33	22.20	
ที่อยู่อาศัย	นอกเขตอำเภอเมือง	769	10.53	56.18	33.29	56.269
	ในเขตอำเภอเมือง	1,665	21.38	55.74	22.88	(p<0.05)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ตอบแบบสอบถามกับความเห็นต่อระดับความรอบรู้ (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ระดับความรอบรู้			Chi-Sq.	
		น้อย	ปานกลาง	มาก		
การใช้อินเทอร์เน็ต (สื่อออนไลน์) ช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา						
ทุกวัน	1,671	16.22	59.55	24.24	(p<0.05)	
เกือบทุกวัน - บางวันต่อสัปดาห์	552	21.74	43.30	34.96		
นาน ๆ ครั้ง – ไม่เลย	211	21.80	59.72	18.48		
ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสื่อต่างในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา						
ทุกวัน	818	18.70	65.04	16.26	(p<0.05)	
เกือบทุกวัน - บางวันต่อสัปดาห์	978	13.39	58.49	28.12		
นาน ๆ ครั้ง – ไม่เลย	638	23.98	40.13	35.89		
เคยได้รับรู้ หรือเห็นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากช่องทางของ ออย.						
เคยเห็น/รับรู้ข้อมูล	1,784	15.58	59.75	24.66	(p<0.05)	
ไม่เคยเห็น/รับรู้ข้อมูล	650	24.46	45.23	30.31		
เคยใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพจากช่องทางของ ออย. ในการตัดสินใจ						
ใช่	1,737	19.40	62.35	18.25	(p<0.05)	
ไม่ใช่	697	14.35	39.74	45.91		

อภิปรายผล

จากผลสำรวจผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนความรู้ขั้นพื้นฐานระดับมาก เป็นจำนวนมากที่สุด แสดงว่าส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาการเข้าถึงและแสวงหาความรู้ฯ ส่วนคะแนนความรู้ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ระดับมาก เป็นจำนวนน้อยที่สุด แสดงว่าส่วนใหญ่มีความยากลำบากหรือไม่มั่นใจในการคิดวิเคราะห์ พิจารณาความถูกต้องของข้อมูลและตัดสินใจที่นำไปสู่การแสดงผลพฤติกรรมในระดับบุคคล และพบว่าคะแนนความรู้ขั้น

พิจารณาณผู้มีผู้มีคะแนนระดับมากรองจากระดับความรู้ขั้นพื้นฐาน แสดงถึงการมีพฤติกรรมการแบ่งปันหรือส่งต่อข้อมูลสู่บุคคลหรือสังคมรอบข้าง โดยขาดการวิเคราะห์และอาจทำให้เกิดการถ่ายทอดหรือส่งต่อข้อมูลที่ไม่ถูกต้องได้ง่าย ซึ่งตามทฤษฎีแล้วการแสดงผลของพฤติกรรมกับระดับความรอบรู้ฯ ควรสัมพันธ์กันและเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือเมื่อมีความต้องการ มีการแสวงหาและเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ ขั้นต่อไปควรมีการนำความรู้ที่ได้

มาวิเคราะห์และพิจารณาปรับใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วจึงไปสู่ขั้นของการเผยแพร่แบ่งปันหรือบอกต่อสู่สังคม^{7-10,12} และมีการศึกษาที่ระบุว่าระดับความรอบรู้สุขภาพที่สูงจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงบวกในเรื่องสุขภาพ โดยระดับความรอบรู้สุขภาพสัมพันธ์กับความสามารถของผู้บริโภคในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม¹⁵ ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยเฉพาะในส่วนของทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ยังเป็นเรื่องจำเป็น

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ พบว่า ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ การศึกษารายได้ อาชีพ บทบาทการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และที่อยู่ มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ ส่วนปัจจัยด้านอายุไม่พบความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ โดยประเด็นความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพยังไม่มีการศึกษาที่เป็นการศึกษาประเมินเฉพาะด้านนี้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้สุขภาพในการศึกษาอื่นที่มีการพัฒนาจากรูปแบบกรอบทฤษฎีเดียวกัน เช่น การศึกษาความรอบรู้สุขภาพของกรมอนามัย ระบุว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้สุขภาพ ซึ่งแตกต่างผลการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากข้อคำถามของการศึกษานี้เน้นประเมินในประเด็นของความรู้หรือประสบการณ์ระดับบุคคลในแต่ละช่วงอายุจะมีความแตกต่างกับการประเมินของกรมอนามัยที่เน้นด้านความรู้เรื่องโรคหรือภาวะสุขภาพ ในส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ การใช้

อินเทอร์เน็ต การได้รับและใช้ข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจ พบมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้สุขภาพอื่น ซึ่งพบว่าการใช้อินเทอร์เน็ต การได้รับและใช้ข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพ⁵ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์¹⁶

ข้อจำกัดในการศึกษา เนื่องจากปัญหาการลงพื้นที่สำรวจในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายจึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์ (ร้อยละ 1.23) ร่วมด้วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการกระจายของกลุ่มตัวอย่างและอาจมีผลต่อการเป็นตัวแทนประชากรของผลสำรวจในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้มีการปรับจำนวนขนาดตัวอย่างสำรองและได้นำข้อมูลที่ได้จากผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์นี้ เข้ามาคำนวณร่วมด้วยโดยไม่กระทบกับจำนวนขนาดตัวอย่างเดิมที่มีการคำนวณไว้

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ เฉลี่ยระดับปานกลาง คือ มีความรอบรู้ ดี แต่อาจไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่ดีได้ถูกต้อง โดยระดับขั้นพื้นฐานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือระดับขั้นวิจลญาณ และระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถ

เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ แต่มีปัญหาในเรื่องการคิดวิเคราะห์และการแสดงพฤติกรรมการส่งต่อข้อมูลที่ได้รับทันที โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ฯ ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ที่อยู่ การใช้อินเทอร์เน็ต การได้รับหรือใช้ข้อมูลข่าวสารในการตัดสินใจ ช่องทางเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างใช้คือทางสื่อออนไลน์ และโทรศัพท์มากกว่าตัวบุคคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ข่าวสาร แต่การวิเคราะห์และปรับใช้ข้อมูลอาจยังเป็นปัญหา ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้เพิ่มขึ้นของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรเน้นการเสริมทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ เพื่อการปฏิบัติและการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ข้อมูลควรมีการให้ข้อเสนอแนะหรือทางเลือกสำหรับการตัดสินใจควบคู่ไปด้วย เพื่อเป็นแนวทางหรือทางเลือกการเลือกปฏิบัติและเป็นแหล่งในการตรวจสอบอ้างอิงได้สำหรับประชาชน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค เป็นต้น อาจนำผลสำรวจดังกล่าวนำไปพิจารณาร่วมกับข้อมูลภาวะโรคและการเจ็บป่วย สำหรับประเมินความสัมพันธ์ของระดับคะแนนกับสถานการณ์เจ็บป่วยในภาพรวม

เพื่อการอ้างอิงระดับคะแนนที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และพัฒนาสื่อข้อมูลประเภทต่าง ๆ ตามแผนการสื่อสารให้ความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชนได้ ซึ่งข้อคำถามของแบบสำรวจนี้ประยุกต์จากผลงานวิชาการเดิม และข้อคำถามที่สร้างขึ้นโดยใช้รูปแบบของระเบียบวิธีวิจัย กำหนดกรอบคำถามในเรื่องการเลือกรับและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความครอบคลุมปัจจัยในด้านพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพของประชาชนที่ไม่จำกัดเพียงแค่ข้อมูลจากตัวบุคคลากรด้านสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นการใช้ประโยชน์จากผลสำรวจ นี้ ควรนำไปพิจารณาร่วมกับมิติอื่น ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์รวมด้วย

3. การศึกษาเพิ่มเติม ควรมีวิเคราะห์เปรียบเทียบหรือเพิ่มเติมรูปแบบการสำรวจด้วยวิธีสำรวจออนไลน์ ในการประเมินในกลุ่มเฉพาะซึ่งอาจมีรูปแบบพฤติกรรม อย่างการเกาะติดอยู่กับสื่อออนไลน์ และการวิเคราะห์ความถูกต้องของความสัมพันธ์ของมิติแฝง (latent trait) ของข้อคำถามแต่ละข้อในแต่ละมิติที่อาจวัดได้จากการเลือกตอบของผู้ตอบ ซึ่งไม่อยู่ในขอบเขตการศึกษาวิเคราะห์ของการศึกษานี้ เช่น ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งต้องมีการทำสำรวจวิเคราะห์เชิงลึกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิตา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2563.
2. แสงเดือน ผ่องพุ่ม. สื่อสังคมออนไลน์ : แนวทางการนำมาประยุกต์ใช้ (Social media : How to application). บทความวิชาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค 2563]; 3(20): 1-18. เข้าถึงได้จาก : https://library.senate.go.th/document/Ext6685/6685991_0004.PDF
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์. ข่าวหรือมั่ว เชื่อได้หรือไม่ (Fake News สุขภาพ). จัดทำทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2563 (Thai health watch 2020). กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.
4. World Health Organization. Health promotion glossary [Internet]. Geneva: Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, WHO; 1998 [cited 2020 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
5. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, จิตติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ดันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง, และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
6. วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นริมาลย์ นิละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยม, และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
7. Parker RM, et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. J Gen Intern Med. 1995 Oct;10 (10):537-41. doi.org/10.1007/BF02640361.
8. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res. 2006 Jun 16;8(2): e9. doi: 10.2196/jmir.8.2.e9.
9. Davis TC, Long SW, Jackson RH, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Fam Med. 1993;25(6):391-395. PubMed PMID: 8349060
10. Ishikawa H, Nomura K, Sato M, Yano E. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. Health Promot Int. 2008 Sep;23(3):269-74. doi: 10.1093/heapro/dan017.

11. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. การพัฒนาเครื่องมือ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. นนทบุรี:
กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. Nutbeam D. Health literacy as a public
health goal: a challenge for contemporary
health education and communication
strategies into health 21st century. Health
Promotion International 2000;15(3):259-67.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
13. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR,
Hawkins M, Buchbinder R. The grounded
psychometric development and initial
validation of the health literacy ques-
tionnaire (HLQ). BMC Public Health
2013;13:658. doi:10.1186/1471-2458-
13-658.
14. Bloom BS. Handbook on formative and
Summative Evaluation of Student
Learning. New York: McGraw-Hill Book,
1971.
15. กฤษณี เกิดศรี, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. ความ
สัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพ
กับความสามารถในการคุ้มครองตนเองของ
ผู้บริโภคในเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ. วารสาร
เภสัชกรรมไทย 2561;10(1):239-48.
16. ภมร ดรุธ, ประกันชัย ไกรรัตน์. ปัจจัยความ
รอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
สุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสาร
วิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2562;
15(3):71-82.