

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10

Factors associated with health literacy among Thai people aged 15 and above in the 10th health region

สุพัตรา เสนาใหญ่^{1*} ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต¹ มนฤดี แสงวงษ์¹ สิริรัมภา การะนนท์¹

Supatra Senayai^{1*} Supaluk Tanatamsatit¹ Monruedee Sangwong¹ Sirirampa Karanon¹

*Corresponding author: ningdoh@gmail.com

(Received: January 20, 2022; Revised: February 27, 2022; Accepted: March 2, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 จำนวน 1,867 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Three-stage Sampling การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และใช้ Multiple logistic regression บอกความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ผลการศึกษา พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 35.2 มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 83.94 (SD.=22.17) คะแนน พบมากในผู้ไม่มีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 84.60 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.59 เขียนไม่คล่อง ร้อยละ 54.73 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.35 มีรายได้พอใช้บางเดือน ร้อยละ 52.29 และอ่านไม่คล่อง ร้อยละ 48.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพออย่างมีนัยสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ($OR_{adj.} = 4.4$, 95%CI=1.64-12.01, $p = 0.003$) เขียนไม่ได้ ($OR_{adj.} = 4.1$, 95%CI=1.55-11.05, $p = 0.005$) เขียนไม่คล่อง ($OR_{adj.} = 2.2$, 95%CI=1.17-4.21, $p = 0.014$) การศึกษาระดับประถมศึกษา ($OR_{adj.} = 8.4$, 95%CI=1.85-38.40, $p = 0.006$) ผู้ที่ไม่มีบทบาทในชุมชน ($OR_{adj.} = 1.9$, 95%CI=1.39-2.65, $p < 0.001$) ไม่ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ ($OR_{adj.} = 1.8$, 95%CI=1.39-2.44, $p < 0.001$) จากอินเทอร์เน็ต ($OR_{adj.} = 2.6$, 95%CI=1.38-4.95, $p = 0.003$) จาก อสม./อสค. ($OR_{adj.} = 1.9$, 95%CI=1.43-2.60, $p < 0.001$) จากเสียงตามสาย ($OR_{adj.} = 1.6$, 95%CI=1.22-2.19, $p = 0.001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10

¹ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

¹Regional Health Promotion Center 10 Ubonratchathani

Abstract

This study aimed to determine the situation of health literacy and the relationship between relevant factors and health literacy among Thai people age 15 and above in the 10th health Region. Secondary data collection was from the Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais age 15 years and above, 2019. The selected population in this study was Thai citizens aged 15 years and above who lived in Health District 10. A total of 1,867 participants were recruited using stratified three-stage sampling. The situation of health literacy was described using descriptive statistics. Multiple logistic regression analysis revealed a statistically significant association between relevant factors and inadequate health literacy. The study results show that 35.2% of Thai citizens aged 15 years and above had inadequate health literacy. The average health literacy score was 83.94 (SD.=22.17). Most Thai citizens aged 15 years and above with insufficiently health literacy were found in the following populations, namely, those who had no community role 84.60%, primary school 77.59%, not good at writing 54.73%, 60 years old and older 53.35%, insufficient income 52.3%, and those who not good at reading 48.63%. Factors that had statistically significant association with inadequate health literacy ($p < 0.05$) where those who were 60 years old and older ($OR_{adj.} = 4.4$, 95%CI=1.64-12.01, $p = 0.003$), unable to write ($OR_{adj.} = 4.1$, 95%CI=1.55-11.05, $p = 0.005$), not good at writing ($OR_{adj.} = 2.2$, 95%CI=1.17-4.21, $p = 0.014$), Primary School ($OR_{adj.} = 8.4$, 95%CI=1.85-38.40, $p = 0.006$), no community role ($OR_{adj.} = 1.9$, 95%CI=1.39-2.65, $p < 0.001$), and those who did not receive health information from the television ($OR_{adj.} = 1.8$, 95%CI=1.39-2.44, $p < 0.001$), from the internet ($OR_{adj.} = 2.6$, 95%CI=1.38-4.95, $p = 0.003$), from the VHV/FV ($OR_{adj.} = 1.9$, 95%CI=1.43-2.60, $p < 0.001$) and from community announcement ($OR_{adj.} = 1.6$, 95%CI=1.22-2.19, $p = 0.001$). Health literacy affects health outcomes. The people who have low health literacy will affect the assessment of health data, access to health services, and self-management for health. Therefore, the relevant organization should be focusing on individual health literacy.

Keywords: Health Literacy, Thai people aged 15 years and above, The 10th Public Health Region

1. บทนำ

ปัจจุบันทั้งวงการการศึกษาและวงการสาธารณสุขไทยได้ให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy : HL) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง”⁽¹⁾ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาเป็นมาตรการและแนวทางในการพัฒนายุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน และกำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านสุขภาพได้⁽¹⁾ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งการเข้าถึงและเข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ⁽²⁾

ผลการสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 7-18 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติปี พ.ศ. 2557 จำนวน 4,800 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 86.40 และมีเพียงร้อยละ 5.20 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สภาวะที่ดี⁽³⁾ จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเรื่อง 3อ.2ส. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สุรา และสูบบุหรี่) ในพื้นที่ 77 จังหวัด พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอร้อยละ

59.40 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 39.00 และระดับดีมากเพียง ร้อยละ 1.60⁽⁴⁾

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงเล็งเห็นความสำคัญของข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมิติความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญในบริบทประเทศไทย และได้มีการสำรวจความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพของประชากรชาวไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562 โดยสุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุและจำนวน 19,090 คน ผลการสำรวจ พบว่า คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือคิดเป็น ร้อยละ 65.00 ของคะแนนเต็ม คนไทยร้อยละ 19.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มากที่สุด คือ กลุ่มผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป พบร้อยละ 39.80 กลุ่มผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ พบร้อยละ 64.68 กลุ่มผู้ที่มีรายได้ขาดสน ร้อยละ 36.00 กลุ่มผู้ที่ไม่มียาเสพติดในชุมชน ร้อยละ 20.68 และกลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเลย ร้อยละ 28.86⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นข้อมูลสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยที่อ้างอิงในระดับประเทศ แต่ยังขาดข้อมูลเชิงลึกในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อการวางแผนในระดับเขตสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 10 โดยมุ่งหวังว่าข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนตามบริบทของพื้นที่ และวางแผนการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบต่อไป

2. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 ที่ได้สำรวจไปในระหว่างวันที่ 30 เมษายน 2562 - 14 พฤษภาคม 2562

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลในเขตสุขภาพที่ 10

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดให้ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Three-stage sampling โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ขั้นที่ 1 เลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด กำหนดเลือกตัวอย่างจำนวน 3 จังหวัด ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic

sampling) โดยจัดเรียงจังหวัดตามจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจากน้อยไปมาก ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดมุกดาหาร

ขั้นที่ 2 เลือกเขตแดน (Enumeration Area: EA) ในแต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (จังหวัดตัวอย่าง) ได้ทำการเลือก EA ตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling)

ขั้นที่ 3 ครีวเรือนส่วนบุคคล ในแต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (EA ตัวอย่าง) กำหนดให้ทำการเลือกครีวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำนวน 750 ครีวเรือน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling)

กำหนดให้สัมภาษณ์ประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปทุกคนในครีวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง ดังนั้น ประมาณการจำนวนประชากรตัวอย่างในแต่ละจังหวัด เท่ากับ จำนวนครีวเรือนตัวอย่างในจังหวัด x ขนาดครีวเรือนเฉลี่ยของจังหวัด x สัดส่วนของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัด

คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{k^2 p(1-p)}{(pE')^2} \times \frac{1}{\text{response rate}} \times \text{deff}$$

โดยที่ k คือ ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 100 (กำหนดให้ความเชื่อมั่น 95%, $k \approx 1.96$)

p คือ ค่าประมาณความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 30⁽⁶⁾

E' คือ ร้อยละของความผิดพลาดที่ยอมรับได้ เท่ากับร้อยละ 3

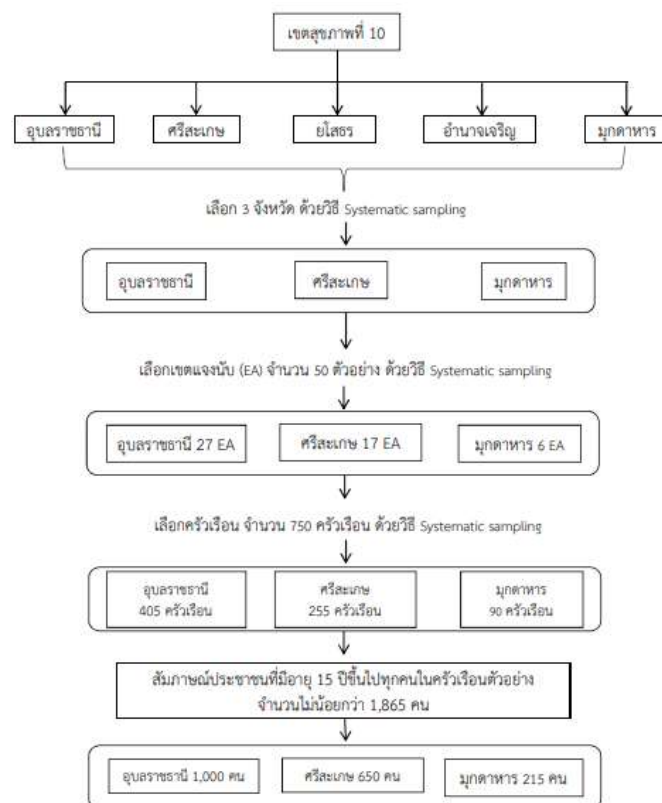
deff คือ การปรับขนาดตัวอย่างด้วยค่า design effect เท่ากับ 2

$\frac{1}{\text{response rate}}$ คือ การปรับขนาดตัวอย่างด้วยส่วนกลับของอัตราการให้ความร่วมมือ อัตราการให้ความร่วมมือ เท่ากับ ร้อยละ 80

ในการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 1,865 คน รายละเอียดแสดงในรูปที่ 1

เกณฑ์การคัดเข้า

ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุกคน ที่อาศัยอยู่เป็นประจำในครีวเรือนตัวอย่างตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (นับย้อนจากวันที่สัมภาษณ์) และเกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม 2547



รูปที่ 1 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10

เกณฑ์การคัดออก

1. สมาชิกในครัวเรือนตัวอย่างที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายและ/หรือจิตใจ ที่ไม่สามารถเข้าใจคำถามหรือสื่อสารได้

2. ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนคนงาน และครัวเรือนสถาบัน เช่น หอพักนักศึกษาในมหาวิทยาลัย นักโทษในเรือนจำ พระสงฆ์ในวัด เป็นต้น

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยกรมอนามัย ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดที่ของ Nutbeam⁽⁶⁾ มีความเที่ยงด้วยค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.941 นั่นคือมีข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกันอยู่ในระดับดี ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 คำถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 8 คำถาม

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 42 คำถาม ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือ

ทำไม่เป็น ได้ 5 คะแนน

ยาก ได้ 4 คะแนน

ยากมาก ได้ 3 คะแนน

และแบ่งความรู้เป็น 2 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 1



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพ

จำนวนข้อที่เลือกตอบ และคะแนน	ผลการประเมิน
น้อยกว่า 17 ข้อ (76 คะแนนขึ้นไป)	เพียงพอ
ตั้งแต่ 17 ข้อขึ้นไป (<= 75 คะแนน)	ไม่เพียงพอ

2.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับหัวหน้าโครงการ/ผู้ช่วยหัวหน้าโครงการ “การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562” เพื่อขอข้อมูลจากการสำรวจ โดยเลือกเฉพาะข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 10

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

- Binary logistic regression (ค่า Crude Odds Ratio, 95%CI, $p < 0.25$) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

- Multiple logistic regression (ค่า Adjusted Odds Ratio, 95%CI, $p < 0.05$) เพื่อบอกระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง กรอบแนวคิดของงานวิจัยดังแสดงในรูปที่ 2

2.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ ID-08-63-03-C ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2564

3. ผลการวิจัย

3.1 สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10

3.1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,867 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.30 สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.80 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.70 การศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 58.70 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.60 มีรายได้พอใช้บางเดือน ร้อยละ 46.60 อ่านได้คล่อง ร้อยละ 62.10 เขียนได้คล่อง ร้อยละ 60.20 การมีบทบาทในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 73.50 การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ พบว่า ได้รับข้อมูลจากได้รับข้อมูลจาก อสม./อสส./อสค. มากที่สุด ร้อยละ 64.5 รองลงมา ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ ร้อยละ 56.9

3.1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองเห็น ร้อยละ 33.30 และมีปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ 7.70 ในประเด็นข้อมูลสุขภาพ จำข้อมูลได้ในเรื่องน้ำหนักตัว ร้อยละ 61.20 จำส่วนสูงได้ ร้อยละ 57.50 จำเส้นรอบเอวได้ ร้อยละ 30.70 และจำความดันโลหิตได้ ร้อยละ 6.00 ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เคยตรวจเพื่อการวินิจฉัย ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา แต่ไม่พบโรค ร้อยละ 44.80 รองลงมา เคยตรวจและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค และไม่เคยตรวจร้อยละ 34.30 และ 20.90 ตามลำดับ ในด้านข้อมูลสุขภาพที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค พบว่า ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันสูง ร้อยละ 51.30 รองลงมา โรคเบาหวานและไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 32.50 และ ร้อยละ 19.20 ตามลำดับ

3.1.3 ความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 64.80 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ที่ 83.94 (SD.=22.17) คะแนน รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพ (n=1,865)

ความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านสุขภาพ (HL)		
ไม่พอเพียง (<= 75 คะแนน)	656	35.20
พอเพียง (76 คะแนนขึ้นไป)	1,209	64.80
คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ = 83.94 (SD.=22.17) คะแนน		

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 10

3.2.1 ข้อมูลทั่วไป

ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พบในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 67.38 เพศชาย ร้อยละ 32.62 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.35 รองลงมา ช่วงอายุ 46-59 ปี ร้อยละ 30.03 และช่วงอายุ 25-45 ปี ร้อยละ 14.18 ตามลำดับ การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.59 สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 67.68 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 59.91 อ่านไม่คล่อง ร้อยละ 48.63 เขียนไม่คล่อง ร้อยละ 54.73 รายได้พอใช้บางเดือน ร้อยละ 52.29 สิทธิและสวัสดิการการรักษาบัตรทอง ร้อยละ 91.16 การไม่มีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 84.60 การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต อสม./อสส./อสค. และเสี่ยงตามสาย/หอกกระจายเสียง ร้อยละ 59.68 ร้อยละ 96.84 ร้อยละ 39.53 และร้อยละ 60.87 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

3.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โดยผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 4.4 เท่า ($OR_{adj.}=4.4$, 95%CI=1.636-12.010, $p=0.003$) เมื่อเทียบกับผู้ที่อายุ 15-24 ปี การเขียน โดยผู้ที่เขียนไม่ได้ มีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 4.1 เท่า ($OR_{adj.}=4.1$, 95%CI=1.547-11.049, $p=0.005$) และผู้ที่เขียนไม่คล่องมีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 2.2 เท่า ($OR_{adj.}=2.2$, 95%CI=1.173-4.207, $p=0.014$) เมื่อเทียบกับผู้ที่เขียนได้คล่อง ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 8.4 เท่า ($OR_{adj.}=8.4$, 95%CI=1.849-38.466, $p=0.006$) มัธยมศึกษาตอนต้น 8.1 เท่า ($OR_{adj.}=8.1$, 95%CI=1.755-37.312, $p=0.007$) ม.ปลาย/ปวช. 5.4 เท่า ($OR_{adj.}=5.4$, 95%CI=1.178-24.453, $p=0.030$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไป บทบาทในชุมชน

โดยที่ผู้ที่ไม่มียาเสพติดในชุมชนโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 1.9 เท่า ($OR_{adj}=1.9$, $95\%CI=1.386-2.654$, $p<0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มียาเสพติดในชุมชน ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 1.8 เท่า ($OR_{adj}=1.8$, $95\%CI=1.390-2.440$, $p<0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์ ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 2.6 เท่า ($OR_{adj}=2.6$, $95\%CI=1.384-4.953$,

$p=0.003$) เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจาก อสม./อสส./อสค. มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 1.9 เท่า ($OR_{adj}=1.9$, $95\%CI=1.430-2.602$, $p<0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับข้อมูลจาก อสม./อสส./อสค. ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากเสียงตามสาย/หอกระจายเสียงมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเป็น 1.6 เท่า ($OR_{adj}=1.6$, $95\%CI=1.218-2.192$, $p=0.001$) เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับข้อมูลจากเสียงตามสาย/หอกระจายเสียง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ร้อยละของประชากรจำแนกตามข้อมูลทั่วไปและระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัย	ความรู้ด้านสุขภาพ			
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	376	31.10	214	32.62
หญิง	833	68.90	442	67.38
อายุ (ปี)				
15-24 ปี	183	15.14	16	2.44
25-45 ปี	323	26.72	93	14.18
46-59 ปี	410	33.91	197	30.03
60 ปีขึ้นไป	293	24.23	350	53.35
การศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียน	16	1.32	36	5.49
ประถมศึกษา	585	48.39	509	77.59
ม.ต้น	175	14.47	52	7.93
ม.ปลาย/ปวช.	274	22.66	52	7.93
ปวส./อนุปริญญา	50	4.14	5	0.76
ป.ตรีขึ้นไป	109	9.02	2	0.30
สถานภาพสมรส				
โสด	261	21.59	67	10.21
สมรส/อยู่ด้วยกัน	803	66.42	444	67.68
หม้าย/หย่า/แยก	145	11.99	145	22.10
อาชีพ				
เกษตรกร	681	56.33	393	59.91
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	151	12.49	166	25.30
รับจ้างทั่วไป	92	7.61	53	8.08
ค้าขาย/ส่วนตัว	91	7.53	35	5.34
พนักงานภาครัฐ/รัฐวิสาหกิจ	66	5.46	2	0.30
นร./นศ.	116	9.59	3	0.46

ปัจจัย	ความรู้ด้านสุขภาพ			
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพอื่นๆ	12	0.99	4	0.61
ความเพียงพอของรายได้				
ขัดสน	232	19.19	182	27.74
พอใช้บางเดือน	527	43.59	343	52.29
พอใช้อยู่ได้สบาย	401	33.17	126	19.21
เหลือเก็บออม	49	4.05	5	0.76
สิทธิและสวัสดิการการศึกษา				
ข้าราชการ/พ.รัฐวิสาหกิจ	89	7.36	34	5.18
บัตรทอง	1019	84.28	598	91.16
ประกันสังคม	71	5.87	18	2.74
ประกันเอกชนร่วมกันสิทธิหลัก	24	1.99	3	0.46
อื่นๆ	6	0.50	3	0.46
การอ่าน				
อ่านไม่ได้	30	2.48	100	15.24
อ่านไม่คล่อง	257	21.26	319	48.63
อ่านได้คล่อง	922	76.26	237	36.13
การเขียน				
เขียนไม่ได้	25	2.07	77	11.74
เขียนไม่คล่อง	281	23.24	359	54.73
เขียนได้คล่อง	903	74.69	220	33.54
การมีบทบาทในชุมชน				
ไม่มีบทบาทในชุมชน	816	67.49	555	84.60
มีบทบาทในชุมชน	393	32.51	101	15.40
ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์				
ไม่ได้รับข้อมูล	382	35.34	302	59.68
ได้รับข้อมูล	699	64.66	204	40.32
ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต				
ไม่ได้รับข้อมูล	754	69.75	490	96.84
ได้รับข้อมูล	327	30.25	16	3.16
ได้รับข้อมูลจาก อสม./อสส./อสค.				
ไม่ได้รับข้อมูล	363	33.58	200	39.53
ได้รับข้อมูล	718	66.42	306	60.47
ได้รับข้อมูลจากเสียงตามสาย/หอกระจายเสียง				
ไม่ได้รับข้อมูล	517	47.83	308	60.87
ได้รับข้อมูล	564	52.17	198	39.13

ตารางที่ 4 แสดงระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ในเขตสุขภาพที่ 10

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				Adjusted OR	95%CI of OR _{adj}		p-value
	เพียงพอ		ไม่เพียงพอ			Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
อายุ								
15-24 ปี	183	15.14	16	2.44	1.0	-	-	-
25-45 ปี	323	26.72	93	14.18	3.5	1.311	9.296	0.012
46-59 ปี	410	33.91	197	30.03	3.2	1.178	8.692	0.023
60 ปีขึ้นไป	293	24.23	350	53.35	4.4	1.636	12.010	0.003
การเขียน								
เขียนไม่ได้	25	2.07	77	11.74	4.1	1.547	11.049	0.005
เขียนไม่คล่อง	281	23.24	359	54.73	2.2	1.173	4.207	0.014
เขียนได้คล่อง	903	74.69	220	33.54	1.0	-	-	-
การศึกษาสูงสุด								
ไม่ได้เรียน	16	1.32	36	5.49	5.9	0.999	34.576	0.050
ประถมศึกษา	585	48.39	509	77.59	8.4	1.849	38.466	0.006
ม.ต้น	175	14.47	52	7.93	8.1	1.755	37.312	0.007
ม.ปลาย/ปวช.	274	22.66	52	7.93	5.4	1.178	24.453	0.030
ปวส./อนุปริญญา	50	4.14	5	0.76	1.1	0.088	13.381	0.951
ป.ตรีขึ้นไป	109	9.02	2	0.30	1.0	-	-	-
บทบาทในชุมชน								
ไม่มีบทบาทในชุมชน	816	67.49	555	84.60	1.9	1.386	2.654	<0.001
มีบทบาทในชุมชน	393	32.51	101	15.40	1.0	-	-	-
ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์								
ไม่ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์	382	35.34	302	59.68	1.8	1.39	2.44	<0.001
ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์	699	64.66	204	40.32	1.0	-	-	-
ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต								
ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต	754	62.37	490	96.84	2.6	1.384	4.953	0.003
ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต	327	27.05	16	3.16	1.0	-	-	-
ได้รับข้อมูลจากอสม./อสส./อสค.								
ไม่ได้รับข้อมูลจากอสม./อสส./อสค.	363	33.58	200	39.53	1.9	1.43	2.602	<0.001
ได้รับข้อมูลจากอสม./อสส./อสค.	718	66.42	306	60.47	1.0	-	-	-
ได้รับข้อมูลจากเสียงตามสาย/ หอกระจายเสียง								
ไม่ได้รับข้อมูลจากเสียงตามสาย/ หอกระจายเสียง	517	47.83	308	60.87	1.6	1.218	2.192	0.001
ได้รับข้อมูลจากเสียงตามสาย/ หอกระจายเสียง	564	52.17	198	39.13	1.0	-	-	-

4. อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 35.2 ซึ่งการไม่รอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมป้องกันโรคน้อยลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็เพิ่มขึ้นด้วย⁽⁷⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อายุ การเขียนระดับการศึกษา การไม่มีบทบาทในชุมชน การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/อสม./อสส./อสค./เสียงตามสาย/หอกระจายเสียง

ด้านอายุ พบว่า ในทุกช่วงอายุที่มากกว่า 15-24 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคล การตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกันกับผลการศึกษาในภาพรวมระดับประเทศที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น⁽⁵⁾

การเขียน ทักษะในการอ่านออกเขียนได้เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽⁸⁾ เมื่อไม่สามารถเขียนได้คล่อง การเรียนรู้และการเข้าใจก็จะต่ำไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม⁽⁵⁾ ที่พบว่าคนไทยร้อยละ 19.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ในด้านการรู้หนังสืออ่านไม่ได้ เขียนไม่คล่อง

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้แต่ละบุคคลมีความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องการจัดการสุขภาพ และการดูแลตนเองได้⁽⁹⁾ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่าตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งอาจทำให้เกิดข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลและการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพอีกทั้งการศึกษายังจะช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองด้วย

การไม่มีบทบาทในชุมชน ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนจะมีการพบปะและสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับคนอื่น ๆ มีส่วนร่วม

กับชุมชน รวมทั้ง มีการเข้าถึงข้อมูล และมีทักษะในการใช้ข้อมูล เนื่องจากจะต้องเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน จากการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว จะส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีเมื่อได้รับแรงเสริมจากบุคคลภายนอก โดยเฉพาะผู้ที่มีบทบาทในชุมชน เช่น อสม./อสค.

การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/อสม./อสส./อสค./เสียงตามสาย/หอกระจายเสียง การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ จะทำให้บุคคลมีทักษะในการใช้ข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์และสามารถจัดการกับสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลด้านสุขภาพ

เช่น อสม./อสส./อสค. จะช่วยเสริมพลังความคิดและสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจาก อสม./อสค. ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับแนวคิดของ Janette และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า การจัดบริการเผยแพร่ผ่านสื่อความรู้ก็เป็นการบริการด้านสุขภาพที่ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

5. สรุปผลการศึกษา

ประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 10 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 64.8 ไม่เพียงพอร้อยละ 35.2 เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พบมากในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เขียนไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ผู้ที่มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ไม่มีบทบาทในชุมชน ไม่ได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/ อสม./อสส./อสค./เสียงตามสาย/หอกระจายเสียง

เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุ

ยังน้อย หรือมักจะมีสุขภาพที่แย่มากหรือป่วยหนัก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญและส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถดูแลจัดการตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่างๆ ได้ และในระดับหน่วยงานหรือองค์กร เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานหรือองค์กรเป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization: HLO) ที่เข้มแข็งต่อไป

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ผู้บริหารฯ เครือข่ายการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ที่ได้ออกนาม

7. เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563]. แหล่งข้อมูล : <http://doh.hpc.go.th/data/HL/nationalHealthDevelopment12.pdf>
2. สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://elibrary.Constitutionalcourt.or.th/research/download.php?ID=261>
3. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. International Journal of Environmental Research and Public Health 2015; 12(8): 9714-25.
4. สภาขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศ. การปฏิรูปความรู้การสื่อสารด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564]. แหล่งข้อมูล: http://library2.parliament.go.th/giventake/content_nrsa2558/d111459-3.pdf

5. วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hsri.or.th/research/detail/12679>
6. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67(12):2072-2078.
7. National Center for Health Statistic Healthy People 2030 [Internet]. [cited 18 February 2022]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2030/hp2030.htm
8. วรณศิริ นิลเนตร. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร(ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต). ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม, คณะแพทยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
9. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1985. 303.
10. ธีรชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วคำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. Veridian E-Journal Silpakorn University 2559; 3(6) :67-85.
11. Ellis J, Mullan J, Worsley A, Pai N. The Role of Health Literacy and Social Networks in Arthritis Patients' Health Information-Seeking Behavior: A Qualitative Study. International Journal of Family Medicine 2012; 2012:397039.