

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1

Prevalence of health literacy of Thai people aged over 15 years in Health region 1

ชญญา อนุเคราะห์¹, ปัญชลิกา นาคคงคำ¹, นุสรีย์ ศิริพัฒน์²

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ¹, ดร. แพทย์หญิง²

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่¹, รามแพथย์สหคลินิก²

¹Corresponding author, E-mail: chanya.onon@gmail.com

(Received: May 20, 2021; Revised: June 10, 2021; Accepted: June 28, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 เก็บข้อมูลจากประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และพะเยา จำนวน 1,510 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 84.29 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน เพศชายและหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกันคือ 84.21 และ 84.24 กลุ่มอายุ 15 – 24 ปีมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 97.45 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25 – 45 ปี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 96.79 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 72.59 ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 55.2 เมื่อวิเคราะห์ความเพียงพอของความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 68.4 ระดับไม่เพียงพอร้อยละ 31.6 ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ ดังนี้ เพศชายร้อยละ 68.57 เพศหญิงร้อยละ 68.30 กลุ่มอายุ 15 – 24 ปีร้อยละ 90.79 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 46.86 วิเคราะห์ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และมิติระบบสุขภาพรายด้าน พบว่า ทักษะความรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงอยู่ในระดับต่ำ ส่วนเข้าใจ ชักถามและตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับมิติระบบสุขภาพ พบว่า ด้านบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านป้องกันโรคและด้านส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ อายุ การอ่าน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การมีบทบาทในชุมชน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และค่าดัชนีมวลกาย กล่าวคือ เพศชายมีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพพอเพียงน้อยกว่าเพศหญิง 0.7 เท่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 15 – 24 ปี,

อายุ 25 – 45 ปี และอายุ 46 – 59 ปี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป 3.9, 6.4 และ 2.4 เท่า ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยที่สัมพันธ์, เขตสุขภาพที่ 1

ABSTRACT

This cross-sectional research aims to study level of health literacy (HL) and factors related to HL of people aged over 15 years in Health region 1. Data were collected from 1,510 people in Chiang Mai, Phrae and Phayao province, random by stratified sampling method. The instruments were questionnaires consisting of general data, health data and health literacy. The statistics used were descriptive statistics, Chi-Square, and Logistic regression analysis.

The results shown that HL of people in health region 1 had moderate level, the average was 84.29 of 136 full scores. Males and females had similar average HL scores of 84.21 and 84.24. Age group 15-24 years had the highest average HL score (97.45), inferior was age group 25 – 45 years (96.79) and age group over 60 years had the least score (72.59). Adequate health literacy of public was 68.4% and inadequate health literacy was 31.6%. Overview, the adequate health literacy classified by gender and age group were; males 68.57%, females 68.30%, age group 15-24 years 90.79% and over 60 years 46.86%. The mean scores (mean \pm SD) on HL were found that -; Accession was 1.91 (\pm 1.30), Understanding was 2.76, (\pm 0.74), Review and questioning was 2.48, (\pm 0.72), and decision was 2.84, (\pm 0.60). Factors significantly associated with the HL level at 0.05 were reading, income sufficiency, role in the community, annual health check, education level, age, and BMI. These could imply that people aged between 25-45 years had 7.5 times adequate health literacy more than people aged over 60 years (adj. OR = 7.496; 95%CI = 4.297-13.077), primary education level were 0.3 times inadequate health literacy than over high vocational certificate or associate's degree (adj. OR = 0.300; 95%CI = 0.159 – 0.564).

Keywords: health literacy, related factors, health region 1,

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม สู่สุขภาวะที่ดี เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ3 ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเอื้อให้บุคคลสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน ข้อเสนอของสภาปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพในข้อที่ 10) เรื่องการจัดให้มีการสำรวจเพื่อกำกับติดตามสะท้อนภาพ ความก้าวหน้าและความสำเร็จในการทำงานด้านความรู้ของทุกหน่วยงานโดยการดูแลการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ หรือทั้งประเทศในเรื่องต่อไปนี้ทุก 3 หรือ 5 ปี ในเรื่องหลัก ๆ คือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ1 นอกจากนี้ยังให้มีการเปรียบเทียบข้อมูลระดับประเทศในเรื่อง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วยของประชาชน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหน่วยงานต่าง ๆ ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพของประชากรไทย แต่ยังไม่มีความสามารถใช้อ้างอิงระดับเขตสุขภาพและประเทศที่ครอบคลุมทุกมิติของความรู้ด้านสุขภาพ

จากความเห็นชอบของสภาขับเคลื่อนผ่านกลไกการผลักดันนโยบาย สู่การปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้มีการมอบหมายให้กรมอนามัยเป็น

แกนหลักในการขับเคลื่อนจัดทำโครงสร้างประสานงานกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชารัฐ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปกป้องสุขภาพของประชาชน กิจกรรมการสร้างความเข้าใจ การจัดทำแผนแบบบูรณาการทั้งภายในและภายนอกกระทรวงได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปแห่งชาติได้มีการกำกับติดตามและเสนอให้ ความรู้ด้านสุขภาพบรรจุในแผนการปฏิรูปประเทศ เป็นหนึ่งในสิบประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 25612

กรมอนามัย จึงสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของครัวเรือน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสัมพันธ์ด้วยแบบสำรวจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 นั้น ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และพะเยา รวมจำนวน 1,736 คน ดำเนินการสำรวจระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2562 ผลสำรวจที่ได้จะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการออกแบบและวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินการทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติเพื่อสร้างความรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพให้กับประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบการวิจัยภาคตัดขวาง (cross – sectional study) โดยเก็บข้อมูลประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ย้ายในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และพะเยา เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคนในครัวเรือนตัวอย่าง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (นับย้อนจากวันที่สัมภาษณ์) และเกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม 2547 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified three-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) พื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 8 จังหวัดได้พื้นที่ 3 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และพะเยา

ขั้นที่ 2 เขตแ่งนับ (Enumeration Area: EA) ในแต่ละจังหวัดตัวอย่าง โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้เลือก EA ตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวน 46 EA จำนวนครัวเรือนตัวอย่าง 690 ครัวเรือน จำนวนประชาชนตัวอย่าง 1,736 คน

ขั้นที่ 3 เลือกครัวเรือนในแต่ละ EA ตัวอย่าง จำนวน 15 ครัวเรือนต่อ 1 เขตแ่งนับ โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้

1) ให้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้หลักการเดินแผนที่ เมื่อเข้าพื้นที่ EA ตัวอย่าง

กำหนดให้ครัวเรือนแรกที่พบเป็นครัวเรือนตัวอย่าง ลำดับที่ 1

2) จากนั้นให้เดินนับครัวเรือนตามหลักการเดินแผนที่ไปอีกจำนวน l ครัวเรือน ซึ่ง l คือ ช่วงของการสุ่มของการสุ่มของแต่ละ EA ตัวอย่าง คำนวณจาก $l = N/15$ โดยที่ N คือ จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้นใน EA ตัวอย่างนั้นๆ ดังนั้นครัวเรือนที่ $l + 1$ จะเป็นครัวเรือนตัวอย่างที่ 2

3) สำหรับครัวเรือนตัวอย่างลำดับที่ 3 ให้ดำเนินการนับครัวเรือนตามหลักการในข้อ 2 ไปอีก l ครัวเรือน จากนั้นดำเนินการเช่นนั้นไปเรื่อยๆ จนถึงครัวเรือนที่ $14 \times l + 1$ ซึ่งจะเป็นครัวเรือนตัวอย่างลำดับที่ 15 ตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด

4) กรณีที่พบว่าครัวเรือนตัวอย่างไม่มีสมาชิกอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การสุ่มเจอบ้านว่าง (บ้านที่มีโครงสร้างแต่ไม่มีผู้อยู่อาศัย หรือรื้อถอน หรือไฟไหม้) ให้ขยับไปครัวเรือนถัดไปได้เลย

5) หากสุ่มครัวเรือนตามวิธีการดังกล่าวแล้วพบว่า ครัวเรือนตัวอย่างดังกล่าวไม่มีสมาชิกอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้ใช้ครัวเรือนถัดไปที่มีสมาชิกอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นครัวเรือนตัวอย่างแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ ซักถาม ตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ พ.ศ.เกิด สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษาสูงสุด อาชีพ การรู้หนังสือ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ความสามารถในการอ่านและเขียน การมีบทบาท

ในชุมชน ช่องทางการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การหาข้อมูลสุขภาพ การสอบถามข้อมูล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การใช้แว่นตา การได้ยิน น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ความดันเลือด โรคเรื้อรัง สิทธิและสวัสดิการการรักษาพยาบาล

การแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับ ได้แก่

1) แบ่งตามจำนวนคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 4 ระดับ จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน ดังนี้

(1) 103-136 คะแนน (ร้อยละ 76- 100) การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง หมายถึงสามารถสืบค้นและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ชักถามเพื่อคลายความสงสัยบ่อยครั้ง และตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้โดยง่ายถึงง่ายมาก

(2) 69-102 คะแนน (ร้อยละ 51-75) การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

(3) 35-68 คะแนน (ร้อยละ 26-50) การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

(4) > 34 คะแนน (ร้อยละ 0-25) การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมาก หมายถึงไม่สามารถสืบค้นหรือสืบค้นข้อมูลได้ยากมาก ไม่เข้าใจหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ยากมาก ไม่ชักถามเพื่อคลายความสงสัย และไม่ตัดสินใจทำอะไรหรือตัดสินใจได้ยากมาก ถึงแม้จะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว

2) แบ่งตามจำนวนข้อคำถามที่ผู้ตอบเลือกตอบ โดยมีตัวเลือก ทำไม่เป็น ยาก หรือยากมาก (จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ) แปลผลเป็นความเพียงพอของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

(1) ตอบน้อยกว่า 17 ข้อ แปลผลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ หมายถึงสืบค้นและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ชักถามเพื่อคลายความสงสัยบ่อยครั้ง และตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้โดยง่ายถึงง่ายมาก โดยพบว่ามีความยากถึงยากมากในบางบริบท)

(2) ตอบตั้งแต่ 17 ข้อขึ้นไป แปลผลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ หมายถึงไม่สืบค้น หรือสืบค้นข้อมูลได้ยากมาก ไม่เข้าใจหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ยากมาก ไม่ชักถามเพื่อคลายความสงสัย และไม่ตัดสินใจทำอะไรหรือตัดสินใจได้ยากมาก ถึงแม้จะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว

3) แบ่งตามคะแนนของทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ ชักถาม และตัดสินใจ และของมิติระบบสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ โดยแต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33 คะแนน การแปลผล ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.67 คะแนน การแปลผล ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 ถึง 5.00 คะแนน การแปลผล ระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

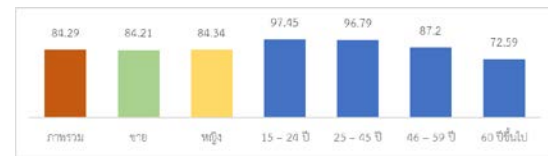
การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1 ภายใต้โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ตามเอกสารรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ ใบยินยอม RF09-05-229 รับรองตั้งแต่วันที่ 23 กรกฎาคม 2561 ถึงวันที่ 22 กรกฎาคม 2562

ผลการวิจัย

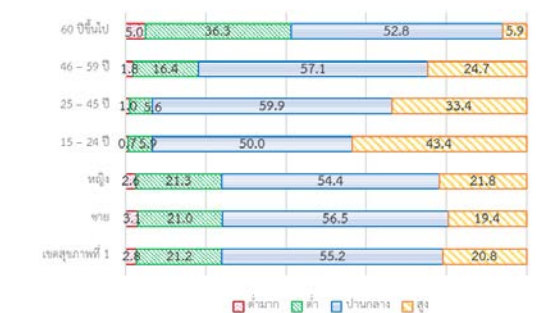
ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศ หญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 59.3 และ 40.7) มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 40.1 รองลงมา คืออายุ 46-59 ปี อายุ 25-45 ปี และอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 29.8, 20.0 และ 10.1 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 64.6) ระดับการศึกษาสูงสุด เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.2) และไม่ได้เรียนหนังสือมีร้อยละ 9.4 ด้านการอ่านและการเขียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ่านได้คล่องร้อยละ 70.7 และเขียนได้คล่องร้อยละ 66.8 สำหรับอาชีพ พบว่า มีอาชีพเกษตรกรกรรม และไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 24.4) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20.2) ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 16.9) และ มากกว่า 1 ใน 3 มีรายได้พอใช้อยู่ได้สบายๆ (ร้อยละ 41.5) รองลงมา คือ พอใช้บางเดือน (ร้อยละ 38.5) และขัดสนมี ร้อยละ 11.4 ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในชุมชน (ร้อยละ 74.5) และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) (ร้อยละ 72.7)

ข้อมูลสุขภาพพบว่า ปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 51.8 แต่ไม่มีปัญหาการได้ยินร้อยละ 91.0 เคยตรวจสุขภาพและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคร้อย ละ 46.0 เคยตรวจแต่ไม่พบโรคร้อยละ 32.8 และไม่

เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 21.2 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 27.9 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.2 และโรคเบาหวานร้อยละ 11.4 ตามลำดับ ร้อยละ 58.8 มีน้ำหนักเกิน (>23 kg/m2) และพบผู้หญิงมีเส้นรอบเอวเกินร้อยละ 26.6 ในขณะที่ผู้ชายมีเส้นรอบเอวเกินร้อยละ 30.1

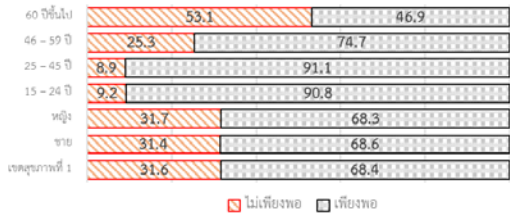


แผนภูมิ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น ภาพรวม เพศและกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 84.29 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน เพศชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 84.21 และ 84.24 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้แยกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 15 - 24 ปีมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 97.45 กลุ่มอายุ 25 - 45 ปี เท่ากับ 96.79 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 72.59



แผนภูมิ 2 ร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น ภาพรวม เพศและกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.2 ระดับสูงร้อยละ 20.8 ระดับต่ำร้อยละ 21.2 และต่ำมากร้อยละ 2.8 กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 43.42 ขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

เพียงร้อยละ 5.94 และมีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำถึงร้อยละ 36.3



แผนภูมิ 3 ร้อยละความเพียงพอของความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น ภาพรวม เพศและกลุ่มอายุพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอร้อยละ 68.4 ไม่เพียงพอร้อยละ 31.6 เพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอร้อยละ 68.57 ไม่เพียงพอร้อยละ 31.43 เพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอร้อยละ 68.3 ไม่เพียงพอร้อยละ 31.7 สำหรับกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 15 – 24 และกลุ่มอายุ 25 – 45 ปีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอร้อยละ 90.79 และร้อยละ 91.06 ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอแค่ร้อยละ 46.86 ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 53.14

ทักษะความรู้ด้านสุขภาพและมิติระบบสุขภาพพบว่า ด้านการตัดสินใจมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.84 จัดอยู่ในความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง โดยมีทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลต่ำสุดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 อยู่ในระดับต่ำ สำหรับความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามมิติระบบสุขภาพ พบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.74 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านบริการสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.22 และ 2.21 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่ระดับนัยสำคัญ .05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การอยู่ในเขตเทศบาล กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา การอ่าน การเขียน อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในชุมชน และสวัสดิการรักษายาบาล ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ กับความพอเพียงของความรู้ด้านสุขภาพ (แสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ การได้ยิน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และดัชนีมวลกาย ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมองเห็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และการอ้วนลงพุง(เส้นรอบเอว)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับระดับความรู้ด้านสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ เพศ อายุ การอ่าน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การมีบทบาทในชุมชน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และค่าดัชนีมวลกาย สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

เพศ : ตัวอย่างเพศชาย มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอน้อยกว่าเพศหญิง 0.7 เท่า (adj.OR = 0.702 ; 95%CI = .513-0.960)

อายุ : ตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 – 24 ปี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป 3.9 เท่า (adj.OR = 3.921; 95%CI = 1.736-8.859) ตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 25 – 45 ปี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพเพียงพอมากกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป 6.4 เท่า (adj.OR = 6.397; 95%CI = 3.597-11.379) กลุ่มตัวอย่างอายุ 46 – 59 ปีมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป 2.4 เท่า (adj.OR = 2.391 ; 95%CI = 1.691-3.381)

การอ่าน : กลุ่มตัวอย่างที่อ่านไม่คล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่านได้คล่อง 0.4 เท่า (adj.OR = 0.383 ; 95%CI = 0.229 – 0.640)

สถานภาพสมรส : กลุ่มตัวอย่างสมรส/อยู่ด้วยกัน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง = หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ 1.9 เท่า (adj.OR = 1.922 ; 95%CI = 1.302 – 2.838)

การศึกษา : กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่าตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปวส./อนุปริญญาขึ้นไป 0.2 เท่า (adj.OR = 0.210 ; 95%CI = 0.082 – 0.535) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่าตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปวส./อนุปริญญาขึ้นไป 0.3 เท่า (adj.OR = 0.330 ; 95%CI = 0.169 – 0.643)

อาชีพ : กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประกอบอาชีพ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียน/นักศึกษา 0.2 เท่า (adj.OR = 0.178 ; 95%CI = 0.044 – 0.710) กลุ่มตัวอย่างข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บำนาญ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีนักเรียน/นักศึกษา 0.2 เท่า (adj.OR = 0.188 ; 95%CI = 0.047 – 0.762) กลุ่มตัวอย่างพนักงานเอกชน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนนักศึกษา 0.2 เท่า (adj.OR = 0.178 ; 95%CI = 0.430 – 0.728)

ความพอเพียงของรายได้ : กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ชัดเจน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เหลือเก็บออม 0.5 เท่า (adj.OR = 0.483 ; 95%CI = 0.246 – 0.947) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอใช้บางเดือน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เหลือเก็บออม 0.4 เท่า (adj.OR = 0.407 ; 95%CI = 0.225 – 0.734) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอใช้อยู่ได้สบายๆ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เหลือเก็บออม 0.5 เท่า (adj.OR = 0.524 ; 95%CI = 0.293 – 0.936)

บทบาทในชุมชน : กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบทบาทในชุมชนมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทในชุมชน 0.6 เท่า (adj.OR = 0.588 ; 95%CI = 0.427 – 0.809)

การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ : กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค 0.5 เท่า (adj.OR = 0.480 ; 95%CI = 0.320 – 0.719)

ดัชนีมวลกาย : กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายปกติ (18-23 kg/m²) มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ชั่งน้ำหนักหรือวัดส่วนสูง 4.2 เท่า (adj.OR = 4.152 ; 95%CI = 1.669 – 10.329)

อภิปรายและสรุปผล

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 55.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 4 ในรายงานการสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงาน ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ร้อยละ 47.1 ระดับไม่ดีร้อยละ 39.7 และการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง 5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในรายงานการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ที่อาศัยในชุมชน/หมู่บ้านในตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมาย จำนวน 96 แห่ง จาก 24 จังหวัด ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ จำนวน 2,600 คน ที่พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มประชาชนวัยทำงาน ก่อนการถ่ายทอด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 52.0) รองลงมาคือ ระดับไม่ดี (ร้อยละ 40.2) และน้อยที่สุดคือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 7.8) ส่วนหลังการถ่ายทอด มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน คือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.1) รองลงมาคือ ระดับไม่ดี (ร้อยละ 39.7) และน้อยที่สุดคือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 13.2) เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการถ่ายทอด พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังการถ่ายทอดอยู่ในระดับพอใช้ แต่ขณะเดียวกันไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ในประชากรกลุ่มใหญ่เช่นงานของ Ying Wu²² ที่พบว่าสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนชาวเชียงใหม่ไฮ้อยู่ในระดับ

ต่ำร้อยละ 84.49 และการศึกษาของ Lee SY และคณะ¹² พบว่ากลุ่มผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Nancy D. Berkman และคณะ¹⁸ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการเข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉินมากขึ้น การตรวจแมมโมแกรมและวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ลดลง การใช้ยาอย่างเหมาะสมลดลง ความสามารถในการตีความฉลากและข้อความด้านสุขภาพแย่ง แต่เมื่อพิจารณารายกลุ่มอายุ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 มากกว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ กิจปพน ศรีธานี⁹ ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับต่ำ และอหุมพร ศรีเชื่อนแก้วและคณะ¹¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนในการศึกษาของต่างประเทศพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ Su Hyun Kim²⁰ ผู้สูงอายุเกาหลีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับต่ำมาก นอกจากนี้ยังพบว่าในการศึกษาอื่นจะพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ได้แก่ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา และคณะ⁶ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=33.29$, $SD=8.18$) และกรณีการ การีสรณ์⁸ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับ

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอถึงร้อยละ 53.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิมลรัตน์ บุญเสถียร8 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ Nasrin Mokhtari¹⁴ ที่ดำเนินการศึกษาความรอบรู้ของผู้สูงอายุวัยเกษียณในเมือง Rasht มีผู้สูงอายุวัยเกษียณมีความรอบรู้ไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahnoosh Reisi¹⁵ พบว่าตัวอย่างผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และ Rebecca L. Sudore และคณะ²¹ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้จำกัดร้อยละ 24 และมีความเสี่ยงจะเสียชีวิตสูงกว่าตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ การที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำนั้น สามารถอธิบายได้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 34.1 มีการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมีจำกัด ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยข้อจำกัดของอุปกรณ์ เช่น ไม่มีสมาร์ตโฟน ประกอบกับความเสื่อมตามวัย มีความเสื่อมของอวัยวะ เช่น หู ตา การฟัง การอ่านและการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีข้อจำกัดในการสื่อสารสุขภาพเป็นต้น อย่างไรก็ตามจะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าใจในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การอ่าน การมีบทบาทในชุมชน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และดัชนีมวลกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ดังนี้ Abdurrahman Said Bodur และคณะ¹⁹ พบว่าหากบุคคลมีระดับการศึกษาสูงขึ้น และมีรายได้เพิ่มขึ้น มักจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงกว่าคนที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ, David W. Baker และคณะ¹⁷ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสวนทางกับอายุที่เพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีทักษะการอ่านลดลง โดยทุกปีที่อายุเพิ่มขึ้นค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะลดลงปีละ 1.3 คะแนน, Win Myint Oo¹⁶ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอายุ เพศ การศึกษา และรายจ่ายครัวเรือน เมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับที่น่าพอใจ จะทำให้การเคຍสูบบุหรี่ การเคຍดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่ออกกำลังกายทุกวันลดลง, คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูป¹ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษา ความเชื่อ วัฒนธรรม บริบทและโครงสร้างทางสังคมและเทคโนโลยี รายได้ ฐานะทางสังคม ลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และครอบครัวเพื่อนฝูง เครือข่ายมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเพียงพอของรายได้ในระดับพอใช้รายได้สบายไปจนถึงเหลือเก็บออมจะมีโอกาสที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเพียงพอของรายได้ไม่พอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีระศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ⁷ พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้

ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Diane Levin – Zamir และคณะ 13 พบว่า จำนวนปีของการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Nasrin Mokhtari 14 พบว่า ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่สมรส และประวัติการป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ, Ying Wu 22 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ประจำปีของครัวเรือน แต่ไม่เกี่ยวข้องกับเพศ อายุ หรือโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ กล่าวโดยสรุปคือ ยิ่งมีอายุมากขึ้นความรู้ด้านสุขภาพจะลดลง แต่ระดับการศึกษา รายได้ของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

สรุปผล

ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยในระดับปานกลาง มีความรอบรู้เพียงพอมากกว่าร้อยละ 50 เพศชาย และหญิงมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มอายุ 15 – 45 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด และมากกว่าครึ่งของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอรวมถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ด้านทักษะการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แต่การตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สำหรับมิติระบบสุขภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ด้านผลิตภัณฑ์ยา และสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ด้านปัจจัยข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมี

นัยสำคัญ ได้แก่ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา การอ่าน การเขียน อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในชุมชน และสวัสดิการรักษายาบาล ส่วนปัจจัยข้อมูลทั่วไปที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การได้ยิน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และดัชนีมวลกาย ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมองเห็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และการอ้วนลงพุง กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากที่สุดและมีโอกาสจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีเศรษฐฐานะต่ำมีโอกาสจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ในภาพรวมประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 มีระดับความรู้ในระดับปานกลาง และในกลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการกำหนดแนวทางการพัฒนาความรู้ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ตลอดจนสื่อสารสร้างความรอบรู้ให้เหมาะสมกับประชาชนในกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะความรู้ให้ครอบคลุมกับประชาชนทุกกลุ่มวัย

2. จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า ในแต่ละกลุ่มอายุมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 15 – 45 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้คนในกลุ่ม

อายุนี้ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอไปตลอด สำหรับกลุ่มวัยอื่นๆ ควรจัดกิจกรรมหรือสื่อที่เหมาะสมรวมถึงจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ส่วนปกครองท้องถิ่น และประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ แพร์ พะเยา ที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ 1 ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อน การปฏิรูปประเทศ. การปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.library2.parliament.go.th>
2. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. บทบรรณาธิการ บทเรียนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากนานาชาติสู่แผนการพัฒนาของประเทศไทย (Health Literacy: Lessons Learned from International Experience to the Thailand Context). วารสารสาธารณสุขศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2564]. 48(1)19-32. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/download/88749/92383/>
3. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24

เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.65.15/anamai_web/ewt_dl_link.php?nid=10221

4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.ของประชาชนวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th>
5. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความแตกฉานด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เมษายน 28]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/news/file/327>
6. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เมษายน 14];6 (ฉบับพิเศษ): 1-16. เข้าถึงได้จาก: 61.19.22.216:90/excellent/uploads/2020041012050602.pdf
7. อีร์ศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและ

- การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 14 เมษายน 2564]:1529-1545. เข้าถึงได้จาก: [http://www.hu.ac.th/conference/conference2019/proceedings2019/FullText/02%20-%20ระดับชาติ%20-%20ภาคโปสเตอร์/G9-He/4-056He-NP%20\(ธีรศักดิ์%20ศรีพิทักษ์\)%201529-1545.pdf](http://www.hu.ac.th/conference/conference2019/proceedings2019/FullText/02%20-%20ระดับชาติ%20-%20ภาคโปสเตอร์/G9-He/4-056He-NP%20(ธีรศักดิ์%20ศรีพิทักษ์)%201529-1545.pdf)
8. กรรณิการ์ การ์สิธรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง, *Ramathibodi Nursing Journal* [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2564];25(3):280-295. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/D_100710.pdf
 9. กิจปพน ศรีธานี.. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17 มิถุนายน 2564]; 11(1), 26-36 เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4677?locale-ttribute=th>
 10. วิมลรัตน์ บุญเสถียร, และอรทัย เจริญทิพย์สกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน .63), 1 – 19.*
 11. อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล, และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่'. *MFU Connexion*, [อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2564]; 7(2), 76–95. เข้าถึงได้จาก <https://so05.tci-thaijo.org/article/download>
 12. Lee SY, Tsai TL, Tsai YW, et al. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2010 [cited 2021 May 12]; 10:614-22. Available from:<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-614>
 13. Diane Levin – Zamir et al. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicator and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health communication* [Internet]. 2016 [cited 2021 May 12];21(2): 61-68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27669363/>
 14. Nasrin Mokhtar. Survey of the Relationship between Health Literacy Level and Health Status among Elderly People Referring to Retirement Centers in Rasht city. *Journal of research development in nursing & midwifery* [Internet]. 2007 [cited 2021 May 11];

- 16:69-80. Available from: <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-1113-en.pdf>
15. Mahnoosh Reisi et al. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of education and health promotion* [Internet]. 2012 [cited 2021 May 11];1-31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23555134/>
16. Oo WM et al. Health Literacy – is it useful in prevention of behavioral risk factor of NCDs?. *International Journal of Research in Medical Sciences* [Internet]. 2015 [cited 2021 May 7];3(9):2331–2336. Available from: <https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/1718>
17. Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J. , & Patterson, M. The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology*, [Internet]. 2000 [cited 2021 June 18];55B(6), S368- 74 Available from: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/55/6/S368/623814>
18. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med*, [Internet]. 2011 [cited 2021 June 18];152(2) , 97– 107. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
19. Bodur, A. S., Filiz, E., & Kalkan, I. Factors affecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, [Internet]. 2017 [cited 2021 June 18]; 10(1) , 100– 109. Available from: http://www.internationaljournalofcaring-sciences.org/docs/11_kalkan_original_10_1.pdf
20. Kim, S. H. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, [Internet]. 2009 [cited 2021 June 18]; 18, 2337– 2343. Available from: <https://www.semantic-scholar.org/paper/%5BThe-influence-of-functional-literacy-on-perceived-Kim-Lee/e0c46cfc41f6615a6be0cb517faae10297100552>
21. Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Schilinger, D. Limited literacy and mortality in the elderly. *J Gen Intern Med*, [Internet]. 2006 [cited 2021 June 18]; 21, 806– 812. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831586/#idm139696306249552title>
22. Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. Prevalence and risk factors of low health literacy: A community- based study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [Internet]. 2006 [cited 2017 June 18]; 14(6) , E628. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5486314/>