

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การเปรียบเทียบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ Comparison of health literacy of People in Mueang District, Buriram Province

ทิตยาวดี อินทรางกูร, ประ.ด.*

นิภา สุทธิพันธ์, พย.ม.*

ปิยะอร รุ่งธนเกียรติ, พย.ม.*

ประภาพรพรณ สววิรัมย์, พย.บ.**

กัญปะนา ภาพยนตร์, พย.บ.***

Thittayawadee Intarangkul, Ph.D.*

Nipar Suttipun, M.D.*

Piyaorn Rungthanakiat, M.D.*

Prapapan Saveram, B.N.S.**

Kalpana Paphayung, B.N.S.***

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

***โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโกรกขี้หนู จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

*Faculty of Nursing, Western University, Buri Ram Province, Thailand, 31000

**Banyang healthy promoting hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000

*** Bankrokkhinu promoting hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000

Corresponding author. E-mail address: thittayawadee@gmail.com

Received: 16 Jun 2021 revised: 02 Jul 2021 Accepted: 17 Aug 2021

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : สภาพโลกที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันประชาชนต้องมีความรู้ด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแบบประเมินการวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA มีความสำคัญและพร้อมใช้ที่ เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่เนื่องจาก รายงานผลวินิจฉัยได้เร็ว มีความแม่นยำ ประหยัดต้นทุนและไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัวมาก
- วัตถุประสงค์** : เพื่อเปรียบเทียบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA และศึกษาความสัมพันธ์ (เพศ อายุ การรับรู้ด้านสุขภาพตนเอง สถานะการเจ็บป่วย ระยะเวลาการศึกษา) ระหว่างแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA ในตำบลบ้านยาง และชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
- วิธีการศึกษา** : เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง 120 คน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางและชุมเห็ด ทำการศึกษาติดต่อกัน 2 ครั้ง ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่งที่มีขนาดเท่ากัน 60 คน ในตำบลบ้านยางช่วงสัปดาห์แรกใช้ TOFHLA ต่อมาอีก 1 สัปดาห์ใช้ STOFHLA และในตำบลชุมเห็ด 2 สัปดาห์แรกใช้ STOFHLA ต่อมาอีก 1 สัปดาห์ใช้ TOFHLA สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Univariate analysis และ Multivariate analysis

- ผลการศึกษา** : คะแนนเฉลี่ยการทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA 73.4 (ค่ามัธยฐาน 78; SD=17.9; ช่วง 0–100) STOFHLA 29.2 (ค่ามัธยฐาน 32; SD=6.1; ช่วง 0–36) เพศ ระยะเวลาการศึกษา และการรับรู้ด้านสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.0, 0.0 และ 0.0 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่น TOFHLA 0.9 (การคำนวณ 0.7, การอ่านเพื่อความเข้าใจ 0.9) และ STOFHLA 0.9 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง TOFHLA และ STOFHLA 0.8 พื้นที่ภายใต้เส้นโค้งของการทดสอบทั้งสองคือ 0.7(95% CI; range,0.602–0.8)
- สรุป** : แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA สามารถคัดกรองความรู้ด้านสุขภาพได้เหมาะสม ไม่มีความแตกต่างระหว่างความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง TOFHLA ควรมีการศึกษาต่อยอดใช้แบบวัดความรู้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งช่วยให้การบริหารจัดการ/ดำเนินการ/การส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้นและจัดโครงการแก้ปัญหาในชุมชน ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชนได้อย่างเหมาะสม
- คำสำคัญ** : ความรู้ด้านสุขภาพ ประชาชน

ABSTRACT

- Background** : Today's changing world conditions, people need to have knowledge of health and be able to take care of their own health properly. The TOFHLA and STOFHLA health knowledge assessments are important and readily available. Important and ready to use appropriate to the local context.
- Objective** : To test the use of the modified TOFHLA and STOFHLA health knowledge form in Thai and assessing gender, age, and self-health perceptions. Illness Status and study period Affects health knowledge values in Ban Yang and Chumhet sub-districts, Muang district, Buri Ram Province.
- Methods** : It is an analytical cross-sectional research. A sample of 120 people who live in Banyang and Chumhet Sub-district, Mueang District, Buri Ram Province, Branch 1 and 2, conducting 2 consecutive studies. Fill in the information by yourself when first receiving the service. Branches 1 for the first week use TOFHLA The next 1 week uses STOFHLA and Branch 2 for the first week use STOFHLA. The next 1week uses TOFHLA. The statistics used were percentage, mean, standard deviation, median, ANOVA, Univariate analysis and Multivariate analysis.
- Results** : The mean score for the TOFHLA was 73.4 (median,78;SD=17.9; range,0–100) and the mean score for the STOFHLA was 29.2 (median,32; SD=6.1; range,0–36). Sex, age, self-perceived health were associated with

health literacy scores 0.03, 0.00 and 0.01. The Cronbach's alpha was 0.7 for the TOFHLA numeracy subset, 0.9 for reading comprehension, 0.9 for the TOFHLA and 0.9 for the STOFHLA. The Pearson correlation between the TOFHLA and STOFHLA was 0.8. The area under the curve of these two tests was 0.7 (95%CI, 0.6–0.8).

Conclusion : The Thai translated versions of the TOFHLA questionnaires offer valid measures of functional health literacy. There were no differences between the reliability and validity of the short and long TOFHLA forms. Further studies should be conducted to study the relationship between other groups of patients in the community, which helps management. Promoting basic health knowledge And organized a project to solve problems in the community May be one way to increase the level of health knowledge to the community appropriately.

Keywords : Health literacy, People

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy : HL) มากขึ้น เห็นได้จากเป้าประสงค์ในวางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง”⁽¹⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.4 ของประชาชนทั้งหมดมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน เช่น ความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.0 กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.2 กินผักผลไม้ปริมาณเพียงพอต่อวัน ร้อยละ 25.9 กินยาแก้ปวดทุกวัน ร้อยละ 2.4 เป็นต้น⁽²⁾ ซึ่งขอบเขตของสุขภาพได้ขยายออกไปไกลเกินขอบเขตของระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง ประชาชนในชุมชนต้องเผชิญกับคำถามและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในขณะที่สังคมเปลี่ยนแปลง ทักษะที่จำเป็นในการรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชนต้องรับรู้ข้อมูลใหม่อย่างต่อเนื่องและทั้งข้อมูลที่สำคัญเพื่อ

เป็นแนวทางในการตัดสินใจด้านสุขภาพ เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดพลังการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจ เลือกใช้ข้อมูลและปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง รวมทั้งการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน

ทักษะในการอ่านออกเขียนได้เป็นส่วนหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ผลการสำรวจการอ่านหนังสือ สื่อสังคมออนไลน์ EMS/E-mail ในกลุ่มประชากรคนไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจในปีพ.ศ.2558 พบว่าคนไทยอ่านหนังสือเฉลี่ย 66 นาทีต่อวัน ลดลงทุกกลุ่มวัย เมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ.2556 ช่วงวัยที่มีการอ่านมากที่สุดเริ่มจากวัยเด็ก ร้อยละ 90.7 เยาวชน ร้อยละ 89.6 วัยทำงาน ร้อยละ 79.1 และวัยสูงอายุ ร้อยละ 52.8 อัตราการอ่านลดลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอาจจะรุนแรงขึ้นในอนาคต⁽³⁾ ซึ่งการนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับเต็ม : TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับย่อ : STOFHLA (Test of Functional

Health Literacy in Adults shortened) เป็นการวัดความเข้าใจในการอ่านและคิดคำนวณในภาพรวมประเทศ ไม่ตอบโจทย์ในบริบทของแต่ละชุมชนที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ดีได้ กระบวนการอ่าน การคำนวณ ยังไม่สามารถพัฒนาความเข้าใจและการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽⁴⁾ ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลที่ดีและเชื่อถือได้เป็นหัวใจสำคัญของความรู้เรื่องสุขภาพ⁽⁵⁾ การให้ข้อมูลที่ดียังไม่เพียงพอจำเป็นต้องหาช่องทางการสื่อสารที่ดีขึ้นเพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนได้รับความรู้ด้านสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ความรู้เรื่องสุขภาพอาจส่งผลต่อสุขภาพและความสามารถของระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน ผู้ที่มีความรู้เรื่องสุขภาพตามีข้อมูลสุขภาพไม่ดี การดูแลสุขภาพเชิงป้องกันไม่ดี ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น⁽⁶⁾ จึงได้ศึกษาการเปรียบเทียบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อที่จะได้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรมของชุมชน และความเข้าใจได้ง่ายของการใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ช่วยในการสร้างแรงจูงใจและความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA และศึกษาความสัมพันธ์ (เพศ อายุ การรับรู้ด้านสุขภาพตนเอง สถานการณ์เจ็บป่วย ระยะเวลาการศึกษา) ระหว่างแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA ในตำบลบ้านยางและตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดในการทำการศึกษ

เปรียบเทียบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA ในตำบลบ้านยางและตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อได้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม พฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และมีการประเมินเปรียบเทียบ เพศ การรับรู้ด้านสุขภาพตนเอง สถานการณ์เจ็บป่วย และระยะเวลาการศึกษา ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2021-010 วันที่อนุมัติ 25 ธันวาคม พ.ศ.2563 ก่อนดำเนินการศึกษาได้ทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการและระยะเวลาในการศึกษา ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะถือเป็นความลับ

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : การศึกษาค้นคว้านี้เลือกแบบเจาะจง เนื่องจากเป็นพื้นที่และประชาชน ที่ให้ความร่วมมือและพร้อมที่จะเป็นต้นแบบในพื้นที่อื่นๆ โดยดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางและตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 120 คน เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางและตำบลชุมเห็ด ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการครั้งแรก โดยป้องกันค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 2 ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 80 คน เพื่อผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 10) รวม 90 คน เพื่อให้แน่ใจว่ากลุ่มตัวอย่างมีขนาดเท่ากันจึงลงทะเบียนผู้เข้าร่วมศึกษา

ตำบลละ 60 คน เพื่อลดอคติโดยเก็บข้อมูลแบบสะดวก และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดในช่วง 4 สัปดาห์ เกณฑ์การยกเว้นคือผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการศึกษา มีอุปสรรคในการมองเห็น และอ่านหนังสือไม่ออก ตั้งแต่ 26 ธันวาคม 2563-26 เมษายน 2654

เครื่องมือการศึกษา : แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA โดยแบบ TOFHLA ประกอบด้วย 2 ส่วน คือแบบทดสอบความเข้าใจในการอ่าน 50 ข้อ และการทดสอบการคิดเลข 17 ข้อ รวม 100 คะแนน ส่วนแบบ STOFHLA มีข้อคำถาม 36 ข้อ รวม 36 คะแนน ทำการวิเคราะห์ความรู้เรื่องสุขภาพเป็นช่วงคะแนน ได้แก่ การมีความรู้พอใช้ (0-59 สำหรับ TOFHLA ,0-16 สำหรับ STOFHLA) มีความรู้ปานกลาง (60-74 สำหรับ TOFHLA, 17-22 สำหรับ STOFHLA) มีความรู้ดี (75-100 สำหรับ TOFHLA, 23-36 สำหรับ STOFHLA) มีการใช้แบบสอบถามที่กรอกข้อมูลด้วยตนเอง 11 ข้อ ส่วนเพศ อายุ สถานะการเงิน การรับรู้ตนเองด้านสุขภาพ การใช้บริการระบบสุขภาพ (ไปพบแพทย์ด้วยตนเอง) การเจ็บป่วย (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือดหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หอบหืด ข้ออักเสบและมะเร็ง เป็นต้น) ระดับการศึกษา แบ่งออกเป็น : ต่ำ (ระยะเวลาการศึกษาน้อยกว่า 8 ปี) ปานกลาง (ระยะเวลาการศึกษา 8-12 ปี) สูง (ระยะเวลาการศึกษามากกว่า 12 ปี) และสถานะสุขภาพของตนเอง เป็นแบบ 3 ระดับ (พอใช้ 1-2; ปานกลาง 3, ดี 4-5)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล : นำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA ไป Try out จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น TOHFLA 0.9 (การคำนวณ 0.7, การอ่านเพื่อความเข้าใจ 0.9) และ STOFHLA 0.9 พบว่าข้อคำถามนั้นง่ายต่อการเข้าใจ การจัดการและได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยเป็นอย่างดี จึงนำไปทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน โดยทดสอบความเข้าใจในการอ่านถูกออกแบบมาเพื่อกำหนดความสามารถในการอ่านข้อความโดยใช้อุปกรณ์จริง คือ 1) คำแนะนำในการเตรียมการสำหรับใช้อุปกรณ์จริง 2) สิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วย 3) ข้อตกลง

ความยินยอมที่สถานบริการกำหนดขึ้น ซึ่งผู้ตอบจะต้องเลือกคำตอบที่ดีที่สุดตามความคิดของตนเองทั้ง 3 ขั้นตอน ใช้เวลา 15 นาทีในการใช้แบบสอบถาม ส่วนการทดสอบเชิงตัวเลขเป็นการทดสอบด้านการดูแลสุขภาพ (ความเข้าใจข้อมูลเชิงตัวเลขในรูปแบบของจำนวนครั้งที่มารับรักษา การรับประทานยา การตรวจน้ำตาลในเลือด เป็นต้น) การศึกษานี้ทำการศึกษาดำเนินการ 2 ครั้ง กับกลุ่มตัวอย่างใน 2 ตำบล ที่มีขนาดเท่ากัน 60 คน ให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลเองเมื่อมารับบริการครั้งแรก โดยผู้ที่มารับบริการในตำบลบ้านยาง ใช้แบบสอบถาม TOFHLA และอีก 1 สัปดาห์ต่อมาใช้แบบสอบถาม STOFHLA และผู้ที่มารับบริการในตำบลชุมเห็ด ในสัปดาห์แรกใช้แบบสอบถาม STOFHLA และอีก 1 สัปดาห์ต่อมาใช้แบบสอบถาม TOFHLA โดยให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล : ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป EPI INFO และ SPSS สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน Univariate analysis แสดงผลเป็น Prevalence odds ratio (95%CI) และ Multivariate analysis แสดงผลเป็น Adjust odds ratio (95%CI)

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจง และความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA (N=120)

ตัวแปร	ตัวแปร	TOHFLA		STOFHLA		P TOHFLA และ STOFHLA	
		Mean	SD.	Mean	SD.		
เพศ							
	ชาย	56 (46.6%)	79.9	15.3	31.0	4.7	0.0
	หญิง	64 (53.3%)	66.1	18	27.2	7.0	
P		0.000			0.002		
อายุ							
	น้อยกว่า 44 ปี	26 (21.6%)	87.1	9.6	32.5	4.5	0.2
	45-64 ปี	57 (47.5%)	72.5	17.1	29.4	5.9	
	65 ปีขึ้นไป	37 (30.8%)	59.8	16.5	24.9	5.9	
P		0.000			0.000		
ระยะเวลาการศึกษา							
	น้อยกว่า 8 ปี	28 (23.3%)	53.9	17.1	21.7	6.6	0.0
	8-12 ปี	55 (45.8%)	75.1	16.6	30.3	4.9	
	มากกว่า 12 ปี	37 (30.8%)	77.9	25.9	30.3	5.8	
P		0.000			0.000		
สถานะการเจ็บป่วย							
	พอใช้	31 (25.8%)	72.3	20.5	28.5	6.4	0.8
	ปานกลาง	73 (60.8%)	74.2	17.6	29.6	6	
	ดี	16 (13.3%)	70.9	17.3	28.1	6.7	
P		0.769			0.583		
การรับรู้สุขภาพด้วยตนเอง							
	พอใช้	31 (25.8%)	61.4	18.3	26.8	6.7	0.0
	ปานกลาง	55 (45.8%)	70.8	18.2	28.2	6.3	
	ดี	34 (28.3%)	83.3	11.4	32.2	4.3	
P		0.000			0.002		
รวม	120	73.4	17.9	29.2	6.1	0.0	
α TOHFLA 0.9	(100%)						
α STOFHLA 0.9							

จากตารางพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 64 คน ร้อยละ 53.3 มีอายุระหว่าง 45-64 ปี 57 คน ร้อยละ 47.5 (อายุเฉลี่ย 52.7) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง 8-12 ปี 55 คน ร้อยละ 45.8 สถานะการเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 73 คน ร้อยละ 60.8 มีการรับรู้สุขภาพด้วยตนเองในระดับ ปานกลาง 55 คน ร้อยละ 45.8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรของแบบวัดความรู้

ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA พบว่า เพศ ระยะเวลาการศึกษา และการรับรู้สุขภาพด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.0, 0.00 และ 0.0 ตามลำดับ ผู้ที่มีอายุระยะเวลาการศึกษาน้อยกว่า 8 ปี มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำที่สุด (53.9+17.1 สำหรับ TOFHLA และ 21.7+6.6 สำหรับ STOFHLA)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อผิดพลาดมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และควอไทล์ของ TOFHLA และ STOFHLA (N=120)

	Mean	SD.	Standard error	Median	Q1	Q3	Maximum
TOFHLA	63.4	17.9	1.7	78.0	62	87.5	98
การคำนวณ	11.6	3.2	0.3	12	9.5	14.	17
การอ่านเพื่อความเข้าใจ	38.4	10.2	1	42	32.0	46	50
STOFHLA	27.2	6.1	0.6	32	25.5	34	36

TOFHLA rang 0-100 STOFHLA rang 0-36

จากตารางพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อผิดพลาดมาตรฐานของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA (Mean 63.4, SD. 17.9 และ Standard error 1.7, ค่ามัธยฐาน 78; SD=17.9; ช่วง 0-100) สูงกว่า STOFHLA (Mean 27.2, SD. 6.1 และ Standard error 0.6, ค่ามัธยฐาน, 3.2; SD=6.1; ช่วง 0-36)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของ TOFHLA และ STOFHLA

Variable	OR	95%CI	p
เพศ	0.4	0.1-1.3	0.1
ระยะเวลาการศึกษา	0.3	0.1-0.7	0.0
สถานะการเจ็บป่วย	1.8	0.6-5.5	0.2
การรับรู้สุขภาพด้วยตนเอง	0.7	0.3-1.8	0.5
อายุ	8.7	2.9-25.7	0.0

จากตารางพบว่าระยะเวลาการศึกษา และอายุ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ OFHLA และ STOFHLA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ OR=0.3, 95% CI=0.1-0.7 และ OR =8.7, 95% CI=2.9-25.7 ตามลำดับ

วิจารณ์

จากการศึกษาเห็นว่าผู้ที่มีอายุระยะเวลาการศึกษาที่น้อยกว่า 8 ปี จะมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำที่สุดเมื่อ ใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ (53.9+17.1 สำหรับ TOFHLA และ 21.7+6.6 สำหรับ STOFHLA) เพศชายมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง ผู้ที่อายุน้อยกว่า 44 ปี มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูง และความรู้ด้านสุขภาพลดลงตามระยะเวลาการศึกษา ทำให้การรู้หนังสือและดูแลสุขภาพลดลง⁽⁷⁾ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA มีค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ข้อผิดพลาดมาตรฐาน (หรือการวัดความถูกต้องทางสถิติของการประมาณ) สูงกว่า STOFHLA ประชาชนที่มีระยะเวลาการศึกษาที่น้อยจะมีความสามารถในการอ่าน การศึกษาหาความรู้ และการรับความรู้ด้านสุขภาพได้น้อย และประชาชนที่มีการรับรู้สุขภาพด้วยตนเองพอใช้จะมีความสามารถ ความตระหนัก หรือกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ ด้านสุขภาพได้น้อยเช่นกันซึ่งพบใน TOFHLA และ STOFHLA⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้ ดังนั้น การทดสอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพนี้จึงไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับแบบสอบถามอื่นๆ ได้ และขึ้นอยู่กับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น Literacy surveys โดยใช้ STOFHLA มากกว่า TOFHLA พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสอดคล้องกับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการศึกษาของ แก้ว ดำเกิง⁽⁹⁾ มีข้อจำกัดคือการนำไป

ประยุกต์ใช้ในวงกว้าง ดังกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้รับการสุ่มเลือกแบบเจาะจงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำกัดเฉพาะในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยจะเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นจึงควรทดสอบ TOFHLA และ STOFHLA ด้วยการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และมีการนำไปเปรียบเทียบในประชากรกลุ่มอื่นที่แตกต่างกันในชุมชน เช่น ผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ นอกจากนี้การศึกษาแบบภาคตัดขวางทำให้ยากต่อการหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร เช่น การรับรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเองเมื่อเทียบกับความเป็นจริง ซึ่งอาจมีปัญหาเกี่ยวกับระยะเวลาในการเก็บข้อมูล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในชุมชนที่มีปัญหาการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับ Nutbeam⁽¹⁰⁾ การใช้แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพต้องมีความครอบคลุมและต้องเข้าใจบริบทช่องว่างระหว่างความสามารถของบุคคลและความต้องการด้านสุขภาพในชุมชน และ Baker⁽⁸⁾ ใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพทำนายความรู้ พฤติกรรมและผลลัพธ์ความรู้ด้านสุขภาพ ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างมีมากขึ้น อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบ TOFHLA และ STOFHLA กับการทดสอบแบบจับคู่เพื่อให้เข้าใจข้อจำกัดและสามารถปรับเข้ากับบริบทที่นำแบบทดสอบไปใช้ได้ดียิ่งขึ้น และการนำมาใช้กับชุมชนในบริบทอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีประโยชน์สำหรับการวัดความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ความเป็นไปได้ในการนำมาประเมินความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะ TOFHLA สามารถใช้สำหรับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในเชิงลึก ที่จะต้องมีเครื่องมือ/แบบสอบถามที่ละเอียดเพียงพอในการวัดความรู้ด้านสุขภาพให้เห็นเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับบริบทและอายุของผู้ใช้ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการพลวัตที่เกี่ยวข้องกับทั้งประชาชนในชุมชนและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ แต่จำเป็นต้องมีการศึกษาต่อยอดเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งช่วยให้การบริหารจัดการ/ดำเนินการ/การส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้

ด้านสุขภาพเบื้องต้น และจัดโครงการแก้ปัญหาในชุมชน อาจเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชนได้อย่างเหมาะสม

สรุป

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA และ STOFHLA สามารถคัดกรองความรู้ด้านสุขภาพได้เหมาะสม ไม่มีความแตกต่างระหว่างความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง TOFHLA ควรมีการศึกษาต่อยอดใช้แบบวัดความรู้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งช่วยให้การบริหารจัดการ/ดำเนินการ/การส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้นและจัดโครงการแก้ปัญหาในชุมชน ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพแก่ชุมชนได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้ายางและตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ข้อมูลพื้นฐานของการวิจัยและช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งต้องขอขอบพระคุณประชาชนทั้ง 2 ตำบล ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med* 1993;25(6): 391-5.
2. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. กลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ประจำปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

3. ขวัญเมือง แก้วดำ เกิง, ดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558;9(2):1-8.
4. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. BMJ 2012;344:e1602.
5. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก:URL: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_แผน12.2559.pdf
6. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, et al. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. JAMA 1999; 281(6):545-51.
7. ขนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลย์ นิละไพจิตร. การสำรวจความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
8. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med 2007;167(14):1503-9.
9. แก้ว ดำเกิง. เจาะลึก Health Literacy. ใน: ภาค วิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. เอกสารการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพยุค 4.0. วันที่ 18-20 พฤษภาคม 2560 ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560:8-23.
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Intl 2000;15(3):259-67.

