

พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป  
ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

A Model Development to increase health literacy of Thai population over 15 years old  
in 11<sup>th</sup> health region.

จารุณี สุขเกื้อ, กนกวรรณ คุระพล, จุฑารัตน์ บุญญารักษ์  
Jarunee Sokkuea, Kanokwon Kurapul, Jutarat Bunyanurak  
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช  
Health Promotion Center Region 11 Nakhon Si Thammarat

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 และเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ด้วยการประยุกต์ใช้กลวิธี Ask Me 3 ร่วมกับ Teach-back Technique โดยมีรูปแบบการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ซึ่งเป็นแผนการเลือกตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ใน 3 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช พังงา และชุมพร จำนวน 1,169 คน ผลการสำรวจพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 18.00 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 506 คน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 39.44 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างคือประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 34 คน ระยะเวลา 16 สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา ในสัปดาห์ที่ 5 และ 10 ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอในมิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.8 เป็น ร้อยละ 79.4 และ มิติระบบสุขภาพ เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 44.1 เป็น ร้อยละ 76.5 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา ทำการทดลองทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในมิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพและมิติระบบสุขภาพ สูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ :** ความรู้ด้านสุขภาพ, รูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

## Abstract

This research is a single-group semi-experimental research, measuring outcomes before and after experiments. The aim is to study the circumstance concerning understanding in health literacy and to advocate understanding in health literacy of Thai population over 15 years old in 11<sup>th</sup> health region and to model development to increase health literacy of Thai population over 15 years old in 11<sup>th</sup> health region with the application of Ask Me 3 and Teach-back Technique. This research is divided into two phases. In phase 1, we surveyed the understanding in health literacy of 1,169 Thai subjects over in 11<sup>th</sup> health district Multi-stage Random Sampling method and Probability Sampling method in three provinces : Nakhon Si Thammarat, Phang Nga and Chumphon. The survey shows that 18 % of all subjects do not have adequate understanding in health literacy while 39.44% of subjects with chronic diseases have similar level of understanding. In phase 2, we developed a model to advocate understanding in health literacy of Thai population over 15. Target population are 34 subjects over 15 in Moo 10 Ban Bang Nuan, Klong noi sub-district, Phak Phanang district, Nakhon Si Thammarat. The duration is 16 weeks. In week 1, we organized an activity to let the subjects and health care providers understand the content according to the aim of the study. In week 5 and week 10, we followed up by encouraging the subjects at their home. The outcomes show that after the activity, the subjects have developed knowledge in health system skills from 8.8% to 79.4% and in health system from 44.1% to 76.5%. and when comparing the difference between the average rating and standard deviation of the health literacy of the sample before and after the study Statistical experiments found that Average Health Literacy Score in health system skills and health system dimension statistically significantly higher than before the study.

Key words: Health literacy, Model to advocate understanding in health literacy

## บทนำ

ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยาองค์การอนามัยโลก (World health Organization, 2562) ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จากการศึกษาพบว่า การที่ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอันเนื่องมาจากมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองระดับต่ำ มีการสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในระดับต่ำ และได้รับการส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำส่งผลต่ออัตราการตายที่สูงขึ้นเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นนำมาสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามไปด้วย (ธีรปณกรณ์ ศุภกิจ

โยธิน, 2563) ส่วนบุคคลที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ทำให้มีทางเลือกทางสุขภาพที่จำกัด ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง สุขภาพไม่ดี และไม่สามารถที่จะจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจัดเป็นปัญหาในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (วิลโลรมาน, 2562) ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ระยะแรกของการส่งเสริมสุขภาพ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มีการสำรวจข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.(3อ.คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 2ส.คือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในประชาชนวัยทำงานอายุ 15-59 ปี จำนวน 2,500 คน จากประชาชนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน 15-59 ปี ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2551) ผลการสำรวจพบว่าประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.10) รองลงมาในระดับไม่ดี (ร้อยละ 39.70) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดี (ร้อยละ 47.90) รองลงมาในระดับพอใช้ (ร้อยละ 27.50) ส่วนระดับดีมากน้อยที่สุด (ร้อยละ 24.60) จากการวิเคราะห์ผลสำรวจ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดีและพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปสู่การมีสุขภาพที่แย่ต่อไป จึงต้องมุ่งพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างถาวร (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ในประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้งสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) ในปี พ.ศ. 2560 มีเป้าหมายระยะ 20 ปี เพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (กรมอนามัย, 2563) นอกจากนี้การที่สังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมการสื่อสารที่ไร้พรมแดน ทำให้ประชาชนมีรูปแบบการติดต่อสื่อสารด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในเครือข่ายที่ใกล้ชิดสังคมโลกภายในเวลาอันรวดเร็ว สามารถเป็นทั้งผู้รับและผู้ส่งสารได้ด้วยตนเองจึงทำให้ประชาชนไทยมีโอกาสรับรู้ข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายผ่านช่องทางการสื่อสารหลายรูปแบบ เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (Facebook) ถึงแม้จะเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แต่หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพออาจจะเกิดผลเสียตามมาได้

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กองสุศึกษาได้มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน (ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว) ตามแนวทาง 3อ.2ส. จำนวน 4,800 คนพบว่ากลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวทาง 3อ.2ส.อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 38.33) รองลงมาในระดับพอใช้ (ร้อยละ 32.85) ส่วนระดับไม่ดีน้อยที่สุด (ร้อยละ 9.94)

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมของทั้งประเทศ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพยังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามท้องที่การอนามัยโลกแนะนำ เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เป็นการวางรากฐานที่สำคัญให้กับคนไทยทุก

คน ทำให้มีสุขภาพที่ดีสมวัยในทุกช่วงชีวิต ทั้งนี้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละบริบทพื้นที่ของเขตสุขภาพในประเทศไทยอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสู่การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละบริบทพื้นที่ ส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นตามมา และทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

7.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

7.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 โดยการประยุกต์ใช้กลวิธี Ask Me 3 ร่วมกับ Teach-back Technique

## วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

### 1 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest Designs) โดยใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ประเมินครั้งที่ 1 (Pretest) 2) สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้ตามโปรแกรม แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เพื่อให้กลุ่มผู้ให้บริการและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความเข้าใจและทราบแนวทางในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง และกิจกรรมที่ 2 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกิดความรู้สึกรอยยิ้ม 3) คำถามสุขภาพ สู่การมีสุขภาพที่ดี 3) สัปดาห์ที่ 5 ติดตามกระตุ้นเตือนครั้งที่ 1 4) สัปดาห์ที่ 10 ติดตามกระตุ้นเตือนครั้งที่ 2 5) สัปดาห์ที่ 16 ประเมินครั้งที่ 2 (Post test)

### 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 คุ่มรวมประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลในเขตสุขภาพที่ 11 ระดับการนำเสนอผล เสนอผลการสำรวจเป็นสี่กลุ่มประชากรย่อย คือ เสนอผลในระดับเขต จำแนกตาม 4 กลุ่มอายุ ดังนี้ กลุ่มที่ 1: 15-24 ปี กลุ่มที่ 2: 25-45 ปี กลุ่มที่ 3: 46-59 ปี กลุ่มที่ 4: 60 ปีขึ้นไป ใช้แผนการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ซึ่งเป็นแผนการเลือกตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยหน่วยตัวอย่างขั้นที่ 1: จังหวัด จัดเรียงจังหวัดตามจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้นจากน้อยไปหามากแล้วเลือกตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability Proportional to size Systematic Sampling) ได้จำนวน 3 จังหวัดตัวอย่าง หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 2: เขตแดนนับ (Enumeration Area: EA) จัดเรียง EA ของแต่ละจังหวัดตัวอย่างตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์แล้วเลือกตัวอย่างแบบมีระบบโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability Proportional to size Systematic Sampling) ได้จำนวน 38 EA ตัวอย่าง หน่วยตัวอย่างขั้นที่ 3: ครัวเรือนส่วน

บุคคลตัวอย่าง ในแต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง( EA ตัวอย่าง) กำหนดให้ทำการเลือกครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำนวน 15 ครัวเรือน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ ( Systematic Sampling) ซึ่งได้จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้น 570 ครัวเรือนตัวอย่าง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 11 ประชากรที่ศึกษาใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ คือ กลุ่มคนที่มีอายุมากขึ้นจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพลดลง คนที่อ่านไม่ได้และอ่านไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่อ่านได้คล่อง คนที่เขียนไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่เขียนได้คล่อง และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงสุดเพิ่มสูงขึ้นและจากข้อมูลการสำรวจในระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่าง พื้นที่ หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอบางแพ จังหวัด นครศรีธรรมราช มีประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 55.9(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 40.5) และกลุ่มอายุ 46-59 ปี ร้อยละ 17.6(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 26.5), ระดับการอ่านและเขียน คนที่อ่านไม่ได้ร้อยละ 5.9(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 2) อ่านไม่คล่องร้อยละ 32.4(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 15.6) คนที่เขียนไม่ได้ร้อยละ 11.8(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 2) เขียนไม่คล่องร้อยละ 38.2(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 18.8) การศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.8(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 40.5) ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 5.9(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 1.8) และมีโรคประจำตัวร้อยละ 55.9(เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 45.3) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกหมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ซึ่งเป็นพื้นที่ บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 ใช้เป็นพื้นที่ทดลองการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพ ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยตามบริบทพื้นที่ ของเขตสุขภาพที่ 11 ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคน ที่พักอาศัยในครัวเรือนตัวอย่าง อย่างน้อย 6 เดือน(นับย้อนหลังจากวันที่ไปสัมภาษณ์) จำนวน 15 ครัวเรือนตัวอย่าง

### 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นแบบสำรวจที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (วิมล โรมา และคณะ, 2562) ได้พัฒนาขึ้นภายใต้โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2560 (ระยะที่ 2) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ 1.การเข้าถึง 2.เข้าใจ 3.ประเมิน 4.ตัดสินใจ นำไปใช้และ 5.การเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 42 หัวข้อ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กลวิธี การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก Ask Me 3 (คำถามสำคัญ 3 ข้อ) ร่วมกับ Teach-back Technique (เทคนิคการสอนกลับ)ด้วยการดำเนินการใน 5 ขั้นตอน คือ การประชาสัมพันธ์, สร้างบรรยากาศ ให้มีการใช้คำถาม, ส่งเสริมให้มีการใช้คำถาม, การติดตามกระตุ้นเตือน และการประเมินผล

### 4 ขั้นตอนการวิจัย

1. จัดอบรมเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลภาคสนาม ซึ่งเป็นอาสาสมัครนักศึกษา ปวส.1 สาขาการ บัญชี วิทยาลัยอาชีวศึกษานครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน ณ ห้องประชุม ศูนย์อนามัยที่ 11 ผู้วิจัยชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การเลือกครัวเรือนตัวอย่างในภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างแบบสำรวจและวิธีการเก็บข้อมูล  
ข้อปฏิบัติในการสัมภาษณ์ ตลอดจนเอกสารในการลงพื้นที่ และการแต่งกายขณะลงพื้นที่สัมภาษณ์ ฝึกปฏิบัติการ  
สัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูลในแบบสำรวจ

2. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม จังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 26 มี.ค.-11 เม.ย. 2562, จังหวัดพังงา วันที่ 14-18 พ.ค. 2562 และ จังหวัดชุมพร วันที่ 11-17 มิ.ย. 2562
3. วิเคราะห์สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11
4. คัดเลือกพื้นที่วิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
5. จัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแผนกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 และติดตามกระตุ้นเตือน 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 5 และ 10
6. ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 16 ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

## 5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยการสัมภาษณ์  
ร่วมกับทีมวิจัย 2 คน และอาสาสมัครนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษานครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน ใช้เวลา 3  
เดือน ช่วง เมษายน -มิถุนายน 2562 โดยมีขั้นตอนรายละเอียดการลงพื้นที่ดังนี้ 1)ประสานสำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ที่เป็นที่ตั้งของ EA ตัวอย่าง ตามรายชื่อที่สุ่มไว้แล้ว พร้อมขอ  
สนับสนุน อสม.ที่รับผิดชอบหมู่บ้านละ 1 คนเพื่อนำทางไปพื้นที่และครัวเรือนตัวอย่าง 2)ประชุมชี้แจงแผนการลง  
เก็บข้อมูลภาคสนามย้ำเรื่องการใช้แผนที่และการนับครัวเรือน แก่อาสาสมัครและ อสม.ในพื้นที่ ณ ห้องประชุม  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ทั้ง 3 จังหวัด 3)ลงพื้นที่ ณ หมู่บ้านตามรายชื่อที่สุ่มไว้ ดังนี้ จังหวัด  
นครศรีธรรมราช 16 อำเภอ 24 หมู่บ้าน 360 ครัวเรือนตัวอย่าง จังหวัดพังงา 4 อำเภอ 5 หมู่บ้าน 75 ครัวเรือน  
ตัวอย่าง จังหวัดชุมพร 6 อำเภอ 9 หมู่บ้าน 135 ครัวเรือนตัวอย่าง โดยคัดเลือกเฉพาะประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป  
ทุกคน ที่พักอาศัยในครัวเรือนตัวอย่าง อย่างน้อย 6 เดือน(นับย้อนหลังจากวันที่ไปสัมภาษณ์) ทีมวิจัย/อาสาสมัคร  
ให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ จากนั้น  
จึงเริ่มการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล โดยเก็บตัวอย่างระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2562 เก็บตัวอย่าง  
ประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปทุกคนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง ได้ทั้งหมด 1,169 ตัวอย่าง นำมาตรวจสอบ  
ความครบถ้วน ถูกต้อง ของการตอบแบบสำรวจ

ระยะที่ 2 การวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้  
แบบสำรวจชุดเดียวกับ ระยะที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อน และ หลังการทดลอง ณ พื้นที่บ้านบางเนียน หมู่ที่  
10 ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 15 ครัวเรือนตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 34 คน  
ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2562

## 6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่ม  
ตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ 2.วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ใน

มิติทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และมิติของระบบสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม(ANCOVA)

## ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

**ระยะที่ 1** การสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

การสำรวจครั้งนี้ มีครัวเรือนตัวอย่างจำนวน 570 ครัวเรือน โดยในครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมดมีผู้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าของการสำรวจฯ จำนวนทั้งสิ้น 1,270 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ให้ข้อมูลจำนวน 1,169 คน (ร้อยละ 91.68) การไม่ได้ข้อมูลเกิดจากทีมสำรวจไปที่ครัวเรือนครบ 3 ครั้งแล้วไม่พบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน(ร้อยละ 5.30) กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการตอบคำถาม จำนวน 26 คน(ร้อยละ 2.22) และเหตุผลอื่นๆจำนวน 13 คน(ร้อยละ 0.80)

### 1.1 ลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจครั้งนี้มีเพศชายร่วมตอบแบบสำรวจ 465 คน คิดเป็นร้อยละ 39.8 ส่วนเพศหญิงตอบแบบสำรวจ 704 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2, กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป(ร้อยละ 40.5)ตามด้วยกลุ่มอายุ 46-59 ปี(ร้อยละ 26.5)และกลุ่มอายุ 25-45 ปี(ร้อยละ 23.90), ในภาพรวมระดับการศึกษาสูงสุด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา(ร้อยละ 47.1)ตามด้วยจบการศึกษาระดับมัธยมปลายหรือปวส.(ร้อยละ 19.7) และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น(ร้อยละ 13.9)ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.8 ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ, ความสามารถในการอ่านและเขียน พบว่า กลุ่มที่อ่านได้คล่อง ร้อยละ 82.3 กลุ่มที่เขียนได้คล่อง ร้อยละ 79.2 และกลุ่มที่อ่านไม่ได้ ร้อยละ 2 กลุ่มที่เขียนไม่ได้ ร้อยละ 2, กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร(ร้อยละ 43.7)รองลงมาประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย(ร้อยละ 18.66)และ รับจ้างทั่วไป(ร้อยละ 9.25), ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างไม่เคยผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ร้อยละ 11.60 เคยตรวจแต่ไม่พบโรค ร้อยละ 43.03 เคยตรวจและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค ร้อยละ 45.43, กลุ่มตัวอย่างใช้แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ในการมองเห็นร้อยละ 42.77 มีปัญหาด้านการได้ยินร้อยละ 10.18, ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด(ร้อยละ 63.96)รองลงมาจากโทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสาย(ร้อยละ 50.22)และจากอินเทอร์เน็ต โลกโซเชียล(ร้อยละ 30.82)

### 1.2 สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 11

จากการสำรวจครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เขตสุขภาพที่ 11 อยู่ที่ 96.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือประชากรกลุ่มตัวอย่าง อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 11 มีความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 71.67

### สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ตามลักษณะกลุ่มประชากรตัวอย่าง

ในเขตสุขภาพที่ 11 กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 84.94) รองลงมากลุ่มอายุ 46-59 ปี (ค่าเฉลี่ย 96.33)และ กลุ่มอายุ 25-45 (ค่าเฉลี่ย 101.53) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ) N=1169)

| กลุ่มอายุ       | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|-----------------|-----------|---------------------|
| 15-24           | 103.38    | 12.60851            |
| 25-45           | 101.53    | 16.38914            |
| 46-59           | 96.33     | 18.08023            |
| 60 <sup>+</sup> | 84.94     | 19.41852            |

ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,169 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่ากลุ่มคนที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด(ค่าเฉลี่ย 64.67) ถัดมาระดับประถมศึกษา(ค่าเฉลี่ย 86.19)และระดับ ม.ต้น(ค่าเฉลี่ย 98.27)ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษา ป.ตรีขึ้นไปมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 104.73 ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับการศึกษา) N=1169)

| ระดับการศึกษา  | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|----------------|-----------|---------------------|
| ไม่ได้เรียน    | 64.67     | 21.12660            |
| ประถมศึกษา     | 86.19     | 18.68221            |
| ม.ต้น          | 98.27     | 15.82593            |
| ม.ปลาย/ปวช.    | 101.22    | 16.34984            |
| ปวส./อนุปริญญา | 103.26    | 17.30549            |
| ป.ตรี ขึ้นไป   | 104.73    | 13.32792            |

#### สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในมิติทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีระบบสุขภาพ

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพครั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,169 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันในมิติทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพใน ทักษะด้านการประเมิน-ซักถาม มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 31.53)รองลงมาทักษะด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม (ค่าเฉลี่ย 25.71)และทักษะด้านด้านการตัดสินใจนำไปใช้(ค่าเฉลี่ย 22.65)ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่น้อยที่สุดคือทักษะ การเข้าถึง(ค่าเฉลี่ย 17.68)ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ) N=1169)

| ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---------------------------|-----------|---------------------|
| การเข้าถึง                | 17.68     | 10.671              |
| การเข้าใจ                 | 21.74     | 3.991               |
| ประเมิน-ซักถาม            | 31.53     | 8.020               |
| การตัดสินใจ นำไปใช้       | 22.65     | 3.625               |
| การเปลี่ยนพฤติกรรม        | 25.71     | 3.662               |

ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติของระบบสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 30.00) รองลงมามิติการป้องกันโรค (ค่าเฉลี่ย 25.80) และมิติการคุ้มครองผู้บริโภค (ค่าเฉลี่ย 20.39) และคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดในมิติของการบริการสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 17.41) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามมิติของระบบสุขภาพ)  $N=1169$ )

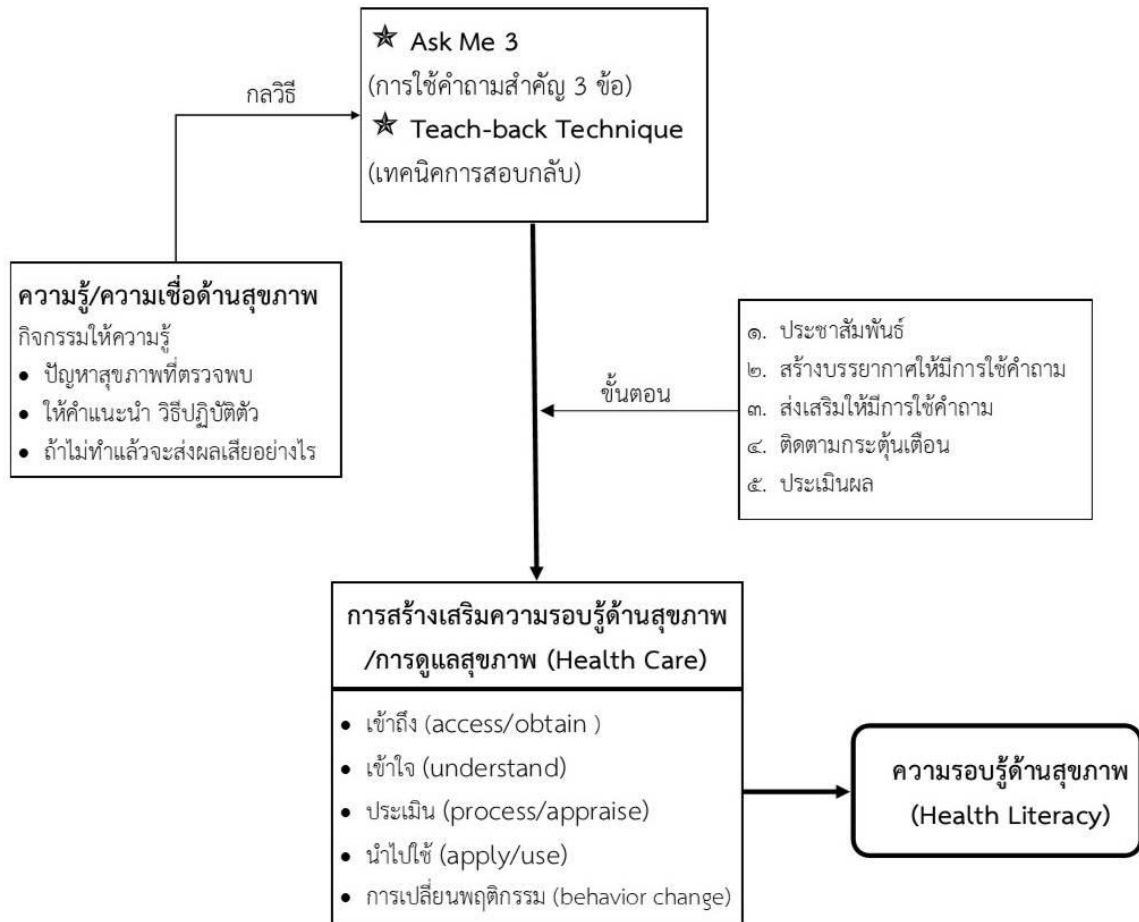
| มิติของระบบสุขภาพ         | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---------------------------|-----------|---------------------|
| การบริการสุขภาพ           | 17.41     | 4.757               |
| การป้องกันโรค             | 25.80     | 5.354               |
| การส่งเสริมสุขภาพ         | 30.00     | 5.587               |
| การคุ้มครองผู้บริโภค      | 20.39     | 5.755               |
| ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 93.60     | 19.324              |

## ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

จากผลการสำรวจ ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในระยะที่ 1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ กลุ่มคนที่มียุมากขึ้นจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง คนที่อ่านไม่ได้และอ่านไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่อ่านได้คล่อง คนที่เขียนไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่เขียนได้คล่อง และคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงสุดเพิ่มสูงขึ้นและจากข้อมูลการสำรวจในระยะที่ 1 ยังพบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างพื้นที่ หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 55.9 (เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 40.5), ระดับการอ่านและเขียน คนที่อ่านไม่ได้ร้อยละ 5.9 (เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 2) คนที่เขียนไม่ได้ร้อยละ 11.8 (เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 2) การศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาร้อยละ 58.8 (เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 40.5) ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 5.9 (เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 1.8) และมีโรคประจำตัวร้อยละ 55.9 (เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 45.3) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกหมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ซึ่งเป็นพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 ใช้เป็นพื้นที่ทดลองการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพ ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยตามบริบทพื้นที่ ของเขตสุขภาพที่ 11

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยพัฒนาจากแนวคิด ขั้นตอนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และ ด้วยการประยุกต์ใช้กลวิธีสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก Ask Me 3 (การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ) ร่วมกับ Teach-back Technique (เทคนิคการสอบกลับ) โดยมีกระบวนการของรูปแบบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประชาสัมพันธ์ 2) สร้างบรรยากาศให้มีการใช้คำถาม 3) ส่งเสริมให้มีการใช้คำถาม 4) ติดตามกระตุ้นเตือน 5) ประเมินผล ดัง แผนผังแสดงกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

แผนผังแสดง กระบวนการ พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของ  
ประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๑



กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างทุก คน จำนวน 34 คน ในพื้นที่ หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทดลองก่อน-หลังการใช้โปรแกรม ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.9 และกลุ่มอายุ 25-45 ปี ร้อยละ 20.6 การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.8 และมัธยมศึกษา ตอนต้น ร้อยละ 17.6 ระดับการอ่านและเขียน อ่านไม่ได้ ร้อยละ 5.9 เขียนไม่ได้ ร้อยละ 11.8 ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล: เพศและช่วงอายุ) N=34)

| คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง         | กลุ่มตัวอย่าง |        |
|--------------------------------|---------------|--------|
|                                | จำนวน         | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>                     |               |        |
| ชาย                            | 13            | 38.2   |
| หญิง                           | 21            | 61.8   |
| <b>กลุ่มอายุ</b>               |               |        |
| 15-24                          | 2             | 5.9    |
| 25-45                          | 7             | 20.6   |
| 46-59                          | 6             | 17.6   |
| 60 ปีขึ้นไป                    | 19            | 55.9   |
| <b>การศึกษาสูงสุด</b>          |               |        |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ             | 2             | 5.9    |
| ประถมศึกษา                     | 20            | 58.8   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น               | 6             | 17.6   |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย              | 2             | 5.9    |
| อนุปริญญา                      | 2             | 5.9    |
| ปริญญาตรีขึ้นไป                | 2             | 5.9    |
| <b>ระดับการอ่านและการเขียน</b> |               |        |
| อ่านไม่ได้                     | 2             | 5.9    |
| อ่านไม่คล่อง                   | 11            | 32.4   |
| อ่านได้คล่อง                   | 21            | 61.8   |
| เขียนไม่ได้                    | 4             | 11.8   |
| เขียนไม่คล่อง                  | 13            | 38.2   |
| เขียนได้คล่อง                  | 17            | 50.0   |

ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 41.2 รายได้เฉลี่ยเก็บออมเพียง ร้อยละ 20.6 มีโทรศัพท์และโทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 97.1 และ ร้อยละ 91.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 91.2 และรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สูงสุดจาก อสม. อสส. อสค. ร้อยละ 50

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างใช้แว่นตาหรือคอนแทคเลนส์ ร้อยละ 47.1 มีปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ 29.4 น้ำหนักเกินร้อยละ 17.6 อ้วนร้อยละ 2.9 และ ผอมร้อยละ 10.0 เส้นรอบเอวเกิน ผู้หญิง ร้อยละ 35.3 และผู้ชาย ร้อยละ 5.9 เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 55.9 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 91.2

#### ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งพัฒนาโดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจากคะแนนรวมโดยมีจุดตัดที่ร้อยละ 75



**มิติระบบสุขภาพ** เปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อน -หลังของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพในมิติระบบสุขภาพ 1.การบริการสุขภาพมีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน 2.การป้องกันโรค มีพิสัยคะแนนอยู่ ระหว่าง 0-36 คะแนน 3.การส่งเสริมสุขภาพ มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน และ4.การป้องกันโรค มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในมิติระบบสุขภาพทั้ง 4 มิติ สูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดในตาราง 8

**ตารางที่ 8**เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามมิติระบบสุขภาพ ก่อน และหลังการใช้กลยุทธ์ Ask Me 3 และ Teach-Back Technique) N=34)

| มิติระบบสุขภาพ             | ก่อน      |       | หลัง      |       | t-test | P-Value |
|----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|--------|---------|
|                            | $\bar{x}$ | SD    | $\bar{x}$ | SD    |        |         |
| การบริการสุขภาพ            | 16.41     | 5.11  | 20.82     | 3.47  | -9.958 | <0.001  |
| การป้องกันโรค              | 26.65     | 6.27  | 30.35     | 3.82  | -5.965 | <0.001  |
| การส่งเสริมสุขภาพ          | 31.32     | 6.04  | 34.14     | 4.20  | -4.504 | <0.001  |
| การคุ้มครองผู้บริโภค       | 20.21     | 6.69  | 22.97     | 5.35  | -4.355 | <0.001  |
| รวม                        | 94.58     | 22.06 | 108.29    | 15.11 | -6.633 | <0.001  |
| มีนัยสำคัญที่P-Value< 0.05 |           |       |           |       |        |         |

### อภิปรายผล

1. ผลจากการสำรวจ สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 11 อยู่ที่ 96.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 71.67 หรือประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 11 มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มีสัดส่วนแตกต่างกันไปตามลักษณะของกลุ่มประชากร ตัวอย่างผลมาจากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพคือ กลุ่มคนที่มีอายุมากขึ้นจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพลดลง คนที่อ่านไม่ได้และอ่านไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่อ่านได้คล่อง คนที่เขียนไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่เขียนได้คล่อง และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงสุดเพิ่มสูงขึ้นและจากข้อมูลการสำรวจในระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 มีประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 40.5 และกลุ่มอายุ 46-59 ปี ร้อยละ 26.5, ระดับการอ่านและเขียน คนที่อ่านไม่ได้ร้อยละ 2 อ่านไม่คล่องร้อยละ 15.6 คนที่เขียนไม่ได้ร้อยละ 2 เขียนไม่คล่องร้อยละ 18.8 การศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาร้อยละ 40.5 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 1.8 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 45.3 ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพระดับเขตสุขภาพและระดับชาติของ ของ วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม ( 2562) คนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ 65 โดยประชากรที่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงสุดอยู่ที่เขตสุขภาพที่ 11(คะแนน

เฉลี่ย 96.65 คะแนน) รองลงมาเขตสุขภาพที่ 4(คะแนนเฉลี่ย 94.99 คะแนน) และกรุงเทพมหานคร(คะแนนเฉลี่ย 92.87 คะแนน) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วย อายุ 60 ปี ขึ้นไป อ่านไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก และมีปัญหาทางการได้ยิน

2. ผลของการ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 11 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับ ก่อน-หลัง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ p-value การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรม การ พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพ ใน การ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยตามบริบทพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 11 โดยประยุกต์ใช้กลวิธีการ สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก Ask Me 3 (คำถามสำคัญ 3 ข้อ) ร่วมกับ Teach-back Technique (เทคนิคการสอนกลับ)ด้วยการดำเนินการใน 5 ขั้นตอน คือ การประชาสัมพันธ์, สร้างบรรยากาศให้มีการใช้คำถาม, ส่งเสริมให้มีการใช้คำถาม, การติดตามกระตุ้นเตือน และการประเมินผลซึ่งสอดคล้องกับ วัชรพร เษยสุวรรณ (2560) ได้ทบทวนและเสนอแนวทางการประยุกต์ความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติการพยาบาล มี ดังนี้ 1) การสื่อสารทางวาจา ด้วยการสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำพูดที่เรียบง่าย พูดอย่างชัดเจน จำกัดจำนวน ของข้อมูลในแต่ละครั้ง 2-3 ประเด็นที่สำคัญ รวมทั้งมีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการโดยใช้เทคนิคการ สอนกลับ ( Teach-back Technique) 2) การเสริมพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้รับบริการโดยการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ พยาบาลควรให้ผู้รับบริการทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัว โดยใช้เทคนิค Ask Me 3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชินตา เดชะวิจิตรจารุ (2561) ได้เสนอบทบาทของพยาบาลในการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ว่าพยาบาลควรมีบทบาท 1)เป็นผู้ประเมิน(Assessor)2)ผู้สื่อสารด้าน สุขภาพ(Health Communicator) โดยใช้คำพูดง่ายๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นและตรงกับ ความต้องการของผู้รับบริการ การสื่อสารควรเป็นการสื่อสารสองทาง คือ เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการถามโดยใช้ เทคนิค Ask Me 3 ภายหลังการสื่อสาร พยาบาลควรประเมินประสิทธิภาพของการสื่อสาร ด้วยท่าที่อ่อนโยน โดย ใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back Technique) 3)ผู้พัฒนาสื่อทางสุขภาพ(Health media developer) พยาบาลควรมีส่วนร่วม ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้ทีมสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ

## 10. การนำไปใช้ประโยชน์

10.1 ด้านข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะของบุคลากรผู้ให้ข้อมูลด้าน สุขภาพและให้บริการสุขภาพ ให้กับหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องในระดับของเขตสุขภาพต่อไป

10.2 ด้านการให้บริการสุขภาพ ได้ต้นแบบองค์ความรู้ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มีผลทำให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรสูงขึ้น เพื่อช่วยแก้ปัญหาาระบบสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 11 ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อเป็น แนวทางสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขในการพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบได้

10.3 องค์ความรู้ที่ได้จากการประยุกต์ใช้กลวิธี Ask Me 3 (คำถามสำคัญ 3 ข้อ) ร่วมกับ Teach-back Technique (เทคนิคการสอนกลับ) มาเป็นเครื่องมือการสื่อสารทางวาจา ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1) วิธีการที่จะกระตุ้นให้ผู้รับบริการถามคำถาม 3 ข้อ สู่การมีสุขภาพดี

- ประชาสัมพันธ์ เริ่มด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจ ในเรื่อง การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ เกิดความรู้สึกรอยคำถาม 3 คำถามสุขภาพ สู่การมีสุขภาพที่ดี ได้แนวทางในการตั้งคำถามที่ถูกต้อง ฝึกการตั้งคำถามและบันทึกคำตอบที่ได้ลงในคู่มือ โดยมี อสม.พี่เลี้ยงประจำบ้านคอยให้การช่วยเหลือ มีป้าย โปสเตอร์เชิญชวนให้มีการใช้คำถาม 3 ข้อ ไว้ที่บ้าน และที่จุดบริการต่างๆ เพื่อเตือนให้มีสติอยู่ตลอดเวลาในระหว่างขั้นตอนการรับบริการ

- หากผู้รับบริการไม่ถาม บุคลากรจะต้องใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อดังกล่าว สอบถามผู้รับบริการ
- การติดตามกระตุ้นเตือน โดย อสม.พี่เลี้ยง ก่อนและหลัง เข้ารับบริการตามนัด
- การสร้างทีม ซึ่งทีมไม่จำกัดเฉพาะผู้ให้บริการเท่านั้น เป็นทีมระหว่างผู้ให้บริการ อสม. และสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการที่มีความสามารถ ทักษะพิเศษ

2) วิธีการสร้างความเข้าใจ สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ ในการใช้เทคนิคการสอนกลับ

- กำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลและเครือข่าย พร้อมทั้งกำหนดแนวทางและขั้นตอนการ ปฏิบัติ ทั้งส่วนของบุคลากร และผู้รับบริการ
  - ประชาสัมพันธ์ เริ่มด้วยการจัดกิจกรรมเพื่อให้ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข มีความเข้าใจ ในเรื่อง การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (Ask Me 3) และเทคนิคการสอนกลับ (Teach-back Technique)และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง
  - สร้างความตระหนัก ในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ เทคนิคการสอนกลับ เป็นการส่งเสริมให้ทั้งสองฝ่ายมีส่วนร่วมในการสนทนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความเข้าใจและโอกาสสำหรับผู้ให้บริการที่ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล หรือลดความคลาดเคลื่อนในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ
- การสร้างทีม กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร งานผู้ป่วยนอก พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป งานบริการเครือข่าย ผอ.รพ.สต.บ้านแสงวิมาน และพยาบาล ประธาน อสม. และ อสม.

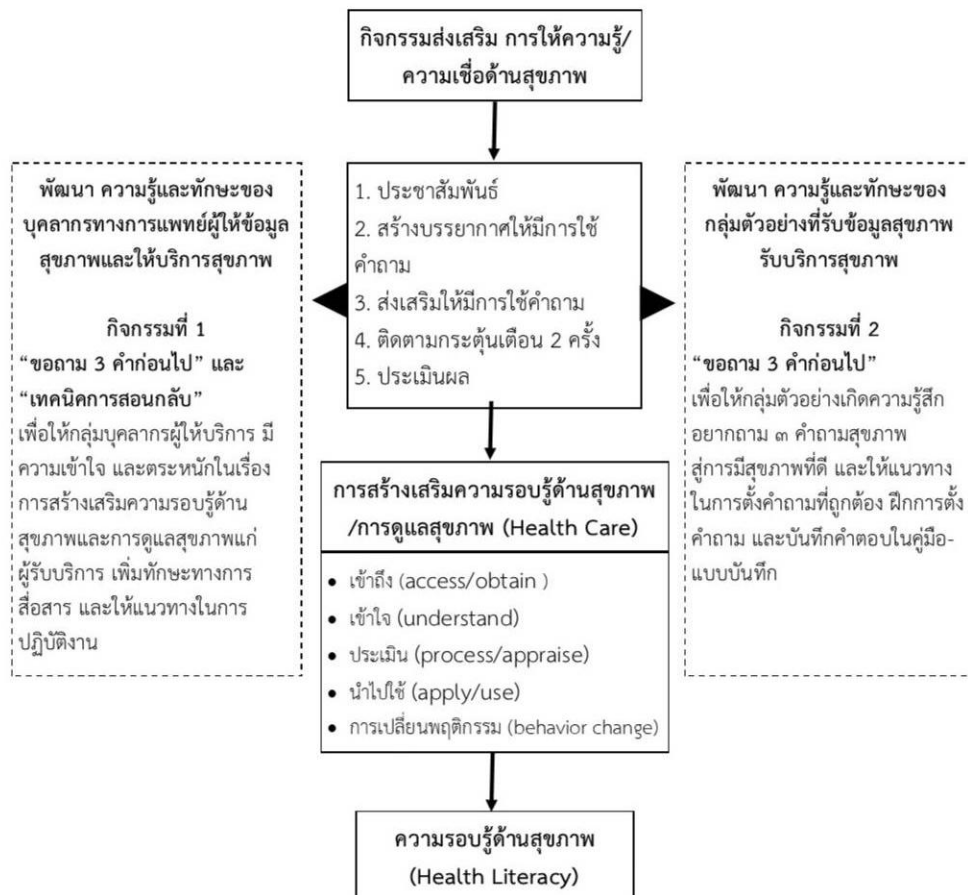
**ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค(ที่เป็นปัญหายุ่งยากของผู้ดำเนินการ)**

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1 การสำรวจ ข้อมูล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดแรก ได้แก่จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีเขตแดนนับมากที่สุด คือ 24 EA ตัวอย่าง ซึ่งในการเก็บข้อมูลสำรวจ จังหวัดแรกพบว่ากลไกสำคัญที่จะทำให้การเก็บข้อมูลดำเนินการได้รวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วน คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ที่รับผิดชอบพื้นที่ ถ้าหาก อสม. มีความเข้าใจเรื่องแผนที่และการนับครัวเรือน ตัวอย่างสามารถนับครัวเรือนตัวอย่างได้ จะสามารถนำทางไปยังครัวเรือนตัวอย่างได้เร็วขึ้นและนัดกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างนั้นๆได้ 2) ความชำนาญของเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล ภาคสนามจะช่วยให้การสัมภาษณ์ทำ

ได้รวดเร็วขึ้น ดังนั้นในจังหวัดต่อๆมา ผู้วิจัยได้ปรับแผนด้วยการอบรม อสม.ในพื้นที่เรื่องการใช้แผนที่ และการนับครัวเรือนตัวอย่างในวันแรกๆที่ไปถึงจังหวัดนั้นๆ และใช้คัดเลือกอาสาสมัครเก็บข้อมูลจากทีมเดิม

### ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1. จากผลการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะประสบความสำเร็จได้นั้นประกอบด้วย 2 ด้านคือ 1) ด้านความรู้และทักษะของประชาชนที่รับข้อมูลสุขภาพรับบริการสุขภาพ 2) ด้านความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้ข้อมูลสุขภาพและให้บริการสุขภาพ ดังภาพ



ดังนั้นหากบุคลากรทางมีทักษะด้านการสื่อสารที่ดี ด้วยการใช้คำพูดง่ายๆที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ให้ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ ด้วยการใช้ประโยคสั้นๆในการสื่อสาร จึงหะการพูดควรช้าและชัด ให้ข้อมูลด้านสุขภาพทุกครั้งที่มารับบริการอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ถามคำถามสุขภาพ 3 ข้อ เน้นการสร้างแรงจูงใจ ด้วยการสร้างความร่วมมือ ดึงความต้องการและความตั้งใจจากผู้รับบริการมาให้การปรึกษา และถ่ายทอดความเข้าใจของผู้รับบริการ และยิ่งไปกว่านั้นควรมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อความรู้ด้านสุขภาพ มีการกระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ

3. ข้อเสนอในการทำวิจัยครั้งต่อไป การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพ ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีแผนกิจกรรมการให้ความรู้และอุปกรณ์สื่อ โปสเตอร์ คู่มือ-แบบบันทึก ร่วมกันการติดตามกระตุ้นเตือน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารและติดตามทางไลน์ (Line) และ กลุ่มไลน์(Line Group)มาใช้ในการประชาสัมพันธ์ แลกเปลี่ยน รวมทั้งการติดตามกระตุ้นเตือน เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว

### 13. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากท่านผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 (นายแพทย์ไกรวุฒิ ก้วนหิน) ที่ได้มอบโอกาสให้เป็นหัวหน้าโครงการในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ช่วยแก้ปัญหาพร้อมสนับสนุนการดำเนินการช่วง ระยะที่ 1 พัฒนาเครื่องมือการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย และการ เตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้แก่เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลภาคสนาม จุดประกายแนวคิดการเลือก พื้นที่ทดลองการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพ ในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยตามบริบทพื้นที่ ของเขตสุขภาพที่ 11 นางสาวอริยญา มณีกาญจน์ อดีตนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ได้ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สาธารณสุขอำเภอ ผอ.รพ.สต. และ อสม. ให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในทุกพื้นที่ ที่ทีมสำรวจลงเก็บข้อมูล ทีมเก็บข้อมูลนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษานครศรีธรรมราช ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถาม ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 11 ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำงานร่วมกัน และการให้คำปรึกษา คำแนะนำที่ดี ในการทำวิจัยและการทำงานขอขอบคุณท่าน ผอ.รพ.สต.บ้านแสงวิมาน อสม. หมู่ที่ 10 บ้านบางเนียน ตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 11 ที่มีจิตอาสาเข้าร่วมโครงการ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนารูปแบบการบริการ ขอขอบคุณทุกๆท่านที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือจนงานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

#### 14. เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2563)เป้าหมายของสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2563, สืบค้นจาก <https://dohhl.anamai.moph.go.th/main.php?filename=goal>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ(ฉบับปรับปรุง ปี 2561). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). เครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561).ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).
- ยุวดี รอดจากภัย. (2561). การส่งเสริมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). ชลบุรี: บริษัทเก็ทกูดครีเอชั่นจำกัด.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยคริสเตียน. สืบค้นจาก <http://library.christian.ac.th/thesis/ShowSearch.php?pointer=T042134>
- ธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน และ วิลาสินี หงสนันท์. (2563). แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2(1), 1-13. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPHNU/article/view/240333>
- วิมล โรมา และ สายชล คล้อยเอี่ยม. (2562). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล.วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 183-197. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/115970/89403>
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- World Health Organization. (2020). Health literacy and health behavior. Retrieved February22, 2020,from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>.

