การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

นายนัฐพล ปันสกุล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COMPARATIVE STUDY OF HEALTH LITERACY IN THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS AND GENERAL POPULATION GROUP IN PHAYAO PROVINCE

Mr. Nattapon Pansakun

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Health Research and Management
Department of Preventive and Social Medicine
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University
Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา
โดย	นายนัฐพล ปันสกุล
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นัฐพล ปันสกุล : การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา (COMPARATIVE STUDY OF HEALTH LITERACY IN THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS AND GENERAL POPULATION GROUP IN PHAYAO PROVINCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: นพ.อานนท์ วรยิ่งยง, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. นพ.ธีระ วรธนารัตน์, 105 หน้า.

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไป ประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2557 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่างของคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที (Unpaired T-test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 206 ราย จาก 208 ราย แยกเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มละ 103 ราย คุณลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในทุกด้านไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพมากกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ (565.35 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 77.14 และ 526.02 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 94.45 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพตามองค์ประกอบย่อย 14 องค์ประกอบ พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ เมื่อปรับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพเป็นคะแนนมาตรฐานเต็ม 10 คะแนน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพในองค์ประกอบด้านการใช้ยาสูงที่สุด และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในองค์ประกอบด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชนน้อยที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงวิชาการ เพื่อแสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความความแตกฉานทางสุขภาพมากกว่าประชาชนทั่วไป และควรนำแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพมาใช้เป็นเครื่องมือประเมินความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มประชาชน เพื่อพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพให้อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ลายมือชื่อนิสิต .....

สาขาวิชา การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

5574137430 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT
KEYWORDS: HEALTH LITERACY / HEALTH KNOWLEDGE / VILLAGE HEALTH VOLUNTEER

NATTAPON PANSAKUN: COMPARATIVE STUDY OF HEALTH LITERACY IN THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS AND GENERAL POPULATION GROUP IN PHAYAO PROVINCE. ADVISOR: ARNOND VORAYINGYONG, M.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. THIRA WORATANAT, M.D., 105 pp.

This analytical cross-sectional study aimed to study general characteristics, assess health literacy, and compare the health literacy scores in the village health volunteers and general population group in Phayao Province. Self-administered questionnaire was used for research tool. The data were collected during April to May 2014. Two hundred and six were recruited to participate in this study. The data were analyzed by descriptive statistics composed of frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics to compare health literacy scores by Unpaired T-test.

The result showed that the samples responses 206 from 208 cases, divided into the village health volunteers and general population 103 samples each group. The general characteristics of the samples were not statistically significant difference at the level of p-value 0.05.

The results of health literacy scores comparison showed that the village health volunteers group has more health literacy scores than the general population group with the statistically significant difference at the level of p-value < 0.05 (565.35 point, standard deviation 77.14 and 526.02 point, standard deviation 94.45, respectively). When compare the health literacy scores in all 14 elements, the result showed that the village health volunteers group has more health literacy scores than the general population group in all elements with the statistically significant difference (p-value < 0.05). When the average health literacy scores were adjusted to standard score of 10 point, the result showed that both of the village health volunteers and general population group have the highest health literacy scores in the element of drug use, and the lowest health literacy scores is the element of supporting community health.

This study provides the academic information to confirm that the village health volunteers group has more health literacy scores than the general population group. The health literacy assessment should to be used for the tool to assess the health literacy scores in population group, to improve the health literacy levels equal to the village health volunteers group.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Department:	Preventive and Social Medicine	Student's Signature	.....
Field of Study:	Health Research and Management	Advisor's Signature	.....
Academic Year:	2014	Co-Advisor's Signature	.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และชี้แนะในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร ที่กรุณาเป็นกรรมการนอกมหาวิทยาลัยในการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตรจารย์แพทย์หญิงพักตร์วิมล ศุภลักษณศึกษากร ที่กรุณาเป็นกรรมการนอกมหาวิทยาลัยในการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ทันตแพทย์จเร วิชาไทย ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำในการใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นภาพร วาณิชย์กุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ Mr. Roy Batten จากมหาวิทยาลัย Deakin University ที่เป็นผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ และขอขอบคุณ คุณบุศราภรณ์ เพชรรุ่ง ที่ช่วยประสานงานในด้านข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตุ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำแวน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหย่วน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลต่างๆ

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ พี่นิสิตปริญญาเอก และเพื่อนนิสิตปริญญาโท ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

นัฐพล ปันสกุล

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญรูป ..... ฏ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale) 1

1.2 คำถามงานวิจัย (Research Questions) 5

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives) 5

1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis) 5

1.5 ตัวแปรในการวิจัย (Variables) 6

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) 6

1.7 คำสำคัญ (Key Words) 6

1.8 การให้นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ (Operational Definitions) 6

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application) 8

1.10 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework) 9

บทที่ 2 ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 10

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความแตกฉานทางสุขภาพ 10

2.1.1 คำจำกัดความของสุขภาพ 10

2.1.2 คำจำกัดความของความแตกฉานทางสุขภาพ 11

2.2 แนวคิดและความเป็นมาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ 13

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

2.2.1 ความเป็นมาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ 13
2.2.2 การใช้คำเรียก “Health Literacy” 14
2.2.3 ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ 15
2.2.4 เครื่องมือและการวัดความแตกฉานทางสุขภาพ 19
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 28
2.3.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 28
2.3.2 แนวคิดและความเป็นมาเกี่ยวกับ อสม. 28
2.3.3 ความเป็น อสม. 29
2.3.4 บทบาทหน้าที่ของ อสม. 31
2.3.5 หลักสูตรมาตรฐานการเป็น อสม. 32
2.4. ข้อมูลเกี่ยวกับจังหวัดพะเยา 33
2.4.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดพะเยา 33
2.4.2 ข้อมูลด้านการปกครองและจำนวนประชากรของจังหวัดพะเยา 33
2.4.3 ข้อมูล อสม. จังหวัดพะเยา 36
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา 43
3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design) 43
3.2 ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology) 43
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instruments) 46
3.4 การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม 48
3.5 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 49
3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 50
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) 51

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) 51

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 53

4.2 คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป 59

4.3 ผลวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป 68

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 71

5.1 สรุปผลการวิจัย 71

5.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร 71

5.1.2 คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป 72

5.1.3 ผลวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป 73

5.2 อภิปรายผล 73

5.2.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร 74

5.2.2 คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป 75

5.2.3 ผลวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป 78

5.3 ข้อเสนอแนะ 80

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน 80

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 81

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป 81

รายการอ้างอิง 82

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 105

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1 แสดงผลการรวบรวมข้อมูลผลงานการตีพิมพ์ความแตกฉานทางสุขภาพตามชื่อแรกของผู้วิจัยในแต่ละประเทศ ปี ค.ศ. 2011 15

ตารางที่ 2.2 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพโดยตรง (Instruments that directly test an individual's abilities) 20

ตารางที่ 2.3 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพด้วยตนเอง (Questionnaires that elicit self-report of abilities) 23

ตารางที่ 2.4 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพของประชากร (Proxy measures of health literacy in the population) 25

ตารางที่ 2.5 ข้อมูลเขตพื้นที่การปกครองของจังหวัดพะเยา 35

ตารางที่ 2.6 แสดงจำนวนประชากรของจังหวัดพะเยา 36

ตารางที่ 2.7 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดพะเยา 37

ตารางที่ 3.1 ค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) จำแนกตาม 14 องค์ประกอบ 49

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ 53

ตารางที่ 4.2 จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่าความน่าจะเป็น (p-value) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=103) 56

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ของการประเมินระดับความสามารถด้านต่างๆ ของกลุ่ม อสม. 57

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของการประเมินระดับความสามารถด้านต่างๆ ของกลุ่มประชาชนทั่วไป 57

ตารางที่ 4.5 ผลการทดสอบความแตกต่างการประเมินระดับความสามารถด้านต่างๆ ของกลุ่มประชาชนทั่วไป 58

ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบ 59

ตารางที่ 4.7 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบเมื่อปรับเป็นคะแนนมาตรฐานเต็ม 10 คะแนน 60

ตารางที่ 4.8 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ 63

ตารางที่ 4.9 จำแนกคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium 67

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยใช้สถิติทดสอบที (Unpaired T-test).....68

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำแนกตามองค์ประกอบ โดยใช้สถิติทดสอบที (Unpaired T-test).....69

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium 70

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญรูป

รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา 9

รูปที่ 3.1 วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) 44

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดใหม่ที่มีความสำคัญและได้รับความสนใจในด้านการสาธารณสุขมากขึ้นทั่วโลกในรอบหลายทศวรรษที่ผ่านมา[1-3] การวิจัยจากทั่วโลกก่อให้เกิดกระแสความเข้าใจที่ลึกซึ้งเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ถึงประสิทธิภาพของความแตกฉานทางสุขภาพในด้านการพัฒนาสุขภาพ ความเป็นอยู่ และช่วยลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ยังคงศึกษาอยู่บนพื้นฐานของกลุ่มประชากรขนาดเล็ก และมุ่งเน้นไปที่ความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะด้านระบบการทำงานพื้นฐานของร่างกาย (Functional Health Literacy of Patients) เป็นหลัก[3] จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่หลายองค์กรทั่วโลก อาทิ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) สถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine; IOM) ของอเมริกา คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Economic and Social Council; UN ECOSOC) สมาคมความแตกฉานทางสุขภาพแห่งยุโรป (European Health Literacy Consortium) ต่างตระหนักและเห็นสอดคล้องกันในการนำประเด็นความแตกฉานทางสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพ ระบบสุขภาพ และนโยบายสุขภาพ ให้เอื้อประโยชน์แก่สังคมโลกมากขึ้น[4] ด้วยเพราะองค์ความรู้ของสังคมโลกในศตวรรษที่ 21 ประชาชนต้องเผชิญหน้ากับการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อต่างๆ มากขึ้น เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต วิทยุ หนังสือพิมพ์ เพื่อน ครอบครัว ฯลฯ อันมีเนื้อหาสาระความขัดแย้งอยู่ภายในตัว[5] สร้างความท้าทายให้กับประชาชนมากยิ่งขึ้นต่อการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตแห่งการมีสุขภาพดี ทั้งการจัดการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ไปจนถึงครอบครัวและชุมชน ท่ามกลางสภาวะแวดล้อมของระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน ขาดการเตรียมพร้อม และขาดการสนับสนุนในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ดีขึ้น ลักษณะของสังคมสมัยใหม่ที่มาพร้อมกับการขยายตัวของโรคแห่งวิถีชีวิตและระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สร้างความยุ่งยากต่อการชี้นำแก่ประชาชนมากยิ่งขึ้น แม้ว่าประชาชนจะมีระดับการศึกษาที่ดีก็ตาม ซึ่งนั่นอาจเป็นเพราะความล้มเหลวของระบบการศึกษาในการสร้างทักษะที่เพียงพอแก่ประชาชน ให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพของตนเองได้นั้น ยังคงเป็นปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้นในสังคมโลกปัจจุบัน[3]

ทุกประเทศในโลกย่อมถือว่าสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ การตระหนักในความสำคัญของปัญหาสุขภาพ อันเป็นผลมาจากบริบททางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชากรเป็นแบบไม่เพียงพอ[6] ภายใต้การเติบโตของสังคมสมัยใหม่ที่เต็มไปด้วยความซับซ้อน ประชากรไทยถูกรุมเร้าด้วยข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและเข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพหลายด้าน รวมถึงปัจจัยด้านค่านิยม วัฒนธรรม สังคมแวดล้อม อันเต็มไปด้วยความเสี่ยงและเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ[3] เกิดการระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น [6]

เพื่อให้ประชากรไทยมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน มิใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการ[7] และบรรลุถึงเป้าหมายของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้นั้น ย่อมต้องอาศัยการพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญ บุคคลที่มีทักษะความแตกฉานทางสุขภาพสูง ย่อมมีสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีกว่า ในขณะบุคคลที่มีทักษะความแตกฉานทางสุขภาพต่ำกว่าย่อมมีแนวโน้มต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงและมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า[8] มีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง[9] มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า รวมถึงได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพน้อยกว่า 1.5-3 เท่า[10, 11] ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีนัยสำคัญต่อทรัพยากรบุคคลและการเงินในระบบสุขภาพ ในลักษณะเชื่อมโยงซ้อนทับกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนนับไม่ถ้วนในทุกระดับของการบริการสาธารณะของประเทศอย่างเหนียวแน่น[3]

คำว่า “ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy)” เริ่มมีใช้ครั้งแรกใน ปี ค.ศ. 1974[12, 13] ในช่วงแรกยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับคำดังกล่าว จนกระทั่งในปลายทศวรรษที่ 1990 เริ่มมีการศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพอย่างจริงจัง[14] จากช่วงเวลาดังกล่าวจนถึง ปี ค.ศ. 2011 มีการรวบรวมข้อมูลผลงานการตีพิมพ์ความแตกฉานทางสุขภาพตามชื่อแรกของผู้วิจัยในแต่ละประเทศและพบว่าได้รับการตีพิมพ์มากถึง 569 ฉบับ มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นงานวิจัยจากสหรัฐอเมริกา รองลงมาคือ ออสเตรเลีย อังกฤษ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีการตีพิมพ์เพียง 2 ฉบับเท่านั้น[15] ในขณะที่ทั่วโลกให้ความสนใจต่อประเด็นความแตกฉานทางสุขภาพมากขึ้น จึงมีการให้นิยามอย่างหลากหลาย จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการได้มาซึ่งการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตน[1, 16] และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ขยายความเพิ่มเติมว่าหมายถึง ระดับสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน สื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ และเกิดความตระหนักในความรับผิดชอบของตนเองต่อสุขภาพ ที่จะนำข้อมูลทางสุขภาพ ซึ่งผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปใช้อย่างมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการบริการสุขภาพ รวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด หรือชุมชนในยามที่ต้องการ เพื่อให้ตนเองสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาวะ ซึ่งต่างจากความแตกฉานหรือความรู้ (Literacy) ที่หมายถึง ความสามารถ

ในการเข้าใจ การอ่าน การพูด และการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในสังคมและบรรลุเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น[17]

ปัจจุบันพบว่ามีเครื่องมือในการประเมินความแตกฉานทางสุขภาพมากกว่า 20 ชนิด และยังคงมุ่งเน้นการประเมินเฉพาะด้านในระดับบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจำเป็นต้องมีการขยายไปถึงระดับส่วนรวม ชุมชน ประชากร รวมทั้งประเมินความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เกี่ยวข้องกับสื่อ องค์กร และสภาพแวดล้อมด้วย[3] ในการศึกษาวิจัยความแตกฉานทางสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในช่วงทศวรรษที่ 1990 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพในระดับต่ำกับความรับผิดชอบในตนเองของผู้ป่วยที่ลดลง รวมถึงทักษะความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง[9] และจากรายงานตัวชี้วัดของสถาบันการแพทย์อเมริกา พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรวัยผู้ใหญ่ในอเมริกาเผชิญกับความยากลำบากต่อการทำความเข้าใจและปรับใช้ข้อมูลทางสุขภาพในชีวิตประจำวัน[10] นอกจากนี้ยังมีการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพในประชากร 8 ประเทศของยุโรป ในปี ค.ศ. 2011 ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 2-27 ของประชากรยุโรปมีข้อจำกัดของความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ยังไม่เพียงพอ และร้อยละ 29-62 มีข้อจำกัดของความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ยังไม่เพียงพอและยังเป็นปัญหาอยู่[3]

ในขณะที่ประเทศไทยยังอยู่ในช่วงศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่องความแตกฉานทางสุขภาพและเผยแพร่เอกสารในวงจำกัดเท่านั้น[18] บางส่วนมีการแปลแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากต่างประเทศ เพื่อวัดความสามารถในด้านความเข้าใจหรือความจำในการอ่านข้อมูลสุขภาพเฉพาะโรคเท่านั้น[19] ซึ่งยังไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินสมรรถนะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จำเป็นหรือต้องมี เพื่อสามารถแสดงถึงความแตกฉานทางสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลและนำข้อมูลทางสุขภาพมาใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดสุขภาวะได้ ดังนั้น นภาพร วาณิชย์กุล และ รอย แบทเทอร์แฮม โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือในมุมมองที่เห็นคุณค่าของความแตกฉานทางสุขภาพ อันสามารถสะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง และมีความเข้าใจถึงระดับที่สามารถใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะที่ยังไม่เป็นโรคและภาวะเจ็บป่วยได้ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง[20]

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา การสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ทำให้ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขไทยตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษที่ 2520 มีความชัดเจนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน[21] ดังนั้น การนำแนวคิดความแตกฉานทางสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาความสามารถและทักษะต่างๆ ร่วมกับการสาธารณสุขมูลฐาน จนนำไปสู่ความสามารถในการชี้แนะสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน[18] จึงเป็นสิ่งสำคัญและสอดรับกับสภาวการณ์โลกในปัจจุบัน และเพื่อให้เกิดการมีภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น ต้นทุนสำคัญทางสุขภาพประการหนึ่งของประชากรไทยที่มีอยู่แล้ว คือ นโยบายการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน[22] โดย

ชุมชน เพื่อชุมชน ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ในการชี้นำและจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น[23, 24] เพื่อนำไปสู่การบรรลุถึงวิถีชีวิตแห่งการมีสุขภาพดีของชุมชน

กล่าวได้ว่า การมี อสม. ที่กระตือรือร้นนี่เอง ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานของไทย พัฒนาจนเป็นที่ยอมรับและกล่าวขานกันในระดับสากล ความสำเร็จอันโดดเด่นของ อสม. ไทยยังเห็นได้จากการที่หลายหน่วยงานมีการจำลองและประยุกต์รูปแบบ อสม. ไปใช้ในงานด้านอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการเกษตร ป่าไม้ การศึกษา เป็นต้น และที่สำคัญบทบาทของ อสม. ได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไม่ปรากฏให้เห็นในประเทศอื่นๆ หลายประเทศทั่วโลกที่มีการพัฒนางานอาสาสมัครสาธารณสุขขึ้นในช่วงที่มีความเคลื่อนไหวด้านนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานนั้น โดยส่วนมากได้ยุติหรือยกเลิกงานอาสาสมัครสาธารณสุขไปมากแล้ว แต่ อสม. ของประเทศไทยยังคงดำรงอยู่และเป็นบทบาทที่มีความหมาย ช่วยให้งานสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปได้ถึงจุดที่ไม่สามารถดำเนินการได้หากอาศัยแต่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐเพียงอย่างเดียว[21]

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา อสม. ได้ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเข้มแข็ง มีผลงานเป็นที่ประจักษ์และได้รับการยอมรับจากประชาชน ว่าเป็นองค์กรอาสาสมัครที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม บทบาท อสม. ส่วนใหญ่ยังเป็นการตั้งรับมากกว่าบทบาทเชิงรุก ต่อมากระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงมีนโยบายสำคัญในการส่งเสริมบทบาท อสม. เชิงรุก[25] เพื่อให้ อสม. ซึ่งถือเป็นทรัพยากรทางสุขภาพที่กระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนจำนวนกว่า 1 ล้านคนทั่วประเทศ[26] ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ด้วยบทบาทใหม่ที่ท้าทายความสามารถของ อสม. อันได้แก่ การเป็นผู้นำการขับเคลื่อนและจัดการสุขภาพชุมชน การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน และเชื่อมประสานบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความรู้และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน[25] ด้วยบทบาทหน้าที่และความสามารถของ อสม. ดังกล่าวจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ อสม. ควรมีทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการได้มาซึ่งการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพของตน ตลอดจนเป็นบุคคลตัวอย่างทางสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนทั่วไปในชุมชนนั้นๆ

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการดำเนินงานขับเคลื่อนสุขภาพ โดยอาศัย อสม. เข้ามาช่วยในกระบวนการพัฒนาสุขภาพแก่ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชน เพื่อทำให้คนที่ปกติไม่เกิดการเจ็บป่วย และเป็นแกนนำชุมชนในการผลักดันให้เกิดวิถีการดำเนินชีวิตแห่งสุขภาวะ ตลอดจนการจัดกิจกรรมสนับสนุนสุขภาพต่างๆ ซึ่งจังหวัดพะเยาได้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน

สาธารณสุขมูลฐานมาโดยตลอด ปัจจุบันมี อสม. จำนวนทั้งสิ้น 14,978 คน[27] ครอบคลุม 9 อำเภอ 68 ตำบล 779 หมู่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลประชาชนครอบคลุมทั้งจังหวัดกว่า 175,685 หลังคาเรือน[28]

ดังนั้น อสม. จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความแตกฉานทางสุขภาพ ในระดับที่สามารถเป็นบุคคลตัวอย่างทางสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนทั่วไปในชุมชน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาลักษณะทั่วไปและประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ตลอดจนศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา ซึ่งผลการศึกษาวิจัยนี้ จะนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการเพิ่มศักยภาพด้านความแตกฉานทางสุขภาพที่เหมาะสมกับการพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดพะเยาให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาองค์ประกอบการ สร้างหลักสูตรการศึกษาแก่ อสม. ที่จะมีขึ้นในอนาคตต่อไป

1.2 คำถามงานวิจัย (Research Questions)

1.2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยาเป็นอย่างไร

1.2.2 ความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับใด

1.2.3 ความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยาแตกต่างกันหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1.3.1 เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

1.3.2 เพื่อศึกษาระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

1.3.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

1.4 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา มีความแตกต่างกัน

1.5 ตัวแปรในการวิจัย (Variables)

-ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็น อสม. ระดับความสามารถของบุคคลในด้านต่างๆ (ได้แก่ การเขียนหนังสือ การอ่านหนังสือ การสื่อสารพูดคุยกับผู้อื่น การได้ยินเสียงชัดเจน การมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน การทำกิจวัตรประจำวัน และการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง) การระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรค และสถานะสุขภาพโดยรวม

-ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพ

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

กลุ่มอาสาสมัครในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในเขตจังหวัดพะเยา โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2557

1.7 คำสำคัญ (Key Words)

ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) ความรู้ทางสุขภาพ (Health Knowledge) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteer)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1.8 การให้นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ (Operational Definitions)

ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ระดับสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน สื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ และเกิดความตระหนักในความรับผิดชอบของตนเองต่อสุขภาพ ที่จะนำข้อมูลทางสุขภาพ ซึ่งผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปใช้อย่างมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการบริการสุขภาพ รวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด หรือชุมชนในยามที่ต้องการ เพื่อให้ตนเองสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาวะ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพสำหรับคนไทย เฉพาะในส่วนของแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพคนไทยที่ดูมีสุขภาพดีเท่านั้น ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยนภาพร วาณิชย์กุล และรอย แบทเทอร์แฮม ประเมินเป็นคะแนนเต็ม 680 คะแนน จากโครงสร้างคำถามจำนวน 68 ข้อ 14 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ

2) การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน

3) ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ

4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ

5) การสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว

6) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

7) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ

8) ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ

9) ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ

10) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

11) ความเครียด

12) อุปสรรคและความสามารถในการเดินทาง

13) การใช้ยา

14) สมุนไพรและอาหารเสริม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้านหรือชุมชน และผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐาน อสม. ที่คณะกรรมการกลางกำหนด และมีรายชื่อปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในเขตจังหวัดพะเยา

ประชาชนทั่วไป หมายถึง ประชาชนที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนนั้นๆ ในเขตจังหวัดพะเยาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายในครัวเรือนไม่มีบุคคลที่เป็น อสม. และจะต้องไม่มีหรือไม่ใช่ผู้ที่กำลังศึกษาหรือประกอบอาชีพทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ เทคนิคการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข เภสัชกร ฯลฯ

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปได้รับ แยกเป็น ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป และอื่นๆ

อาชีพหลัก หมายถึง งานหรือกิจกรรมที่สร้างรายได้เป็นส่วนใหญ่แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป แยกเป็น เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว และอื่นๆ

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินรายได้ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปได้รับในแต่ละเดือนจากการทำงาน หรืออาจเป็นรายได้จากบุตร บิดามารดา เงินบำนาญ กองทุน เป็นต้น

เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่จริง ตามการแบ่งเขตพื้นที่ของจังหวัดพะเยา กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ระดับความสามารถส่วนบุคคลด้านต่างๆ หมายถึง ระดับความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในด้านต่างๆ ได้แก่ การเขียนหนังสือ การอ่านหนังสือ การสื่อสารพูดคุยกับผู้อื่น การได้ยินเสียง การมองเห็น กิจวัตรประจำวัน และการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง จำแนกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ได้เลย พอทำได้ ทำได้ดี และทำได้ดีมาก

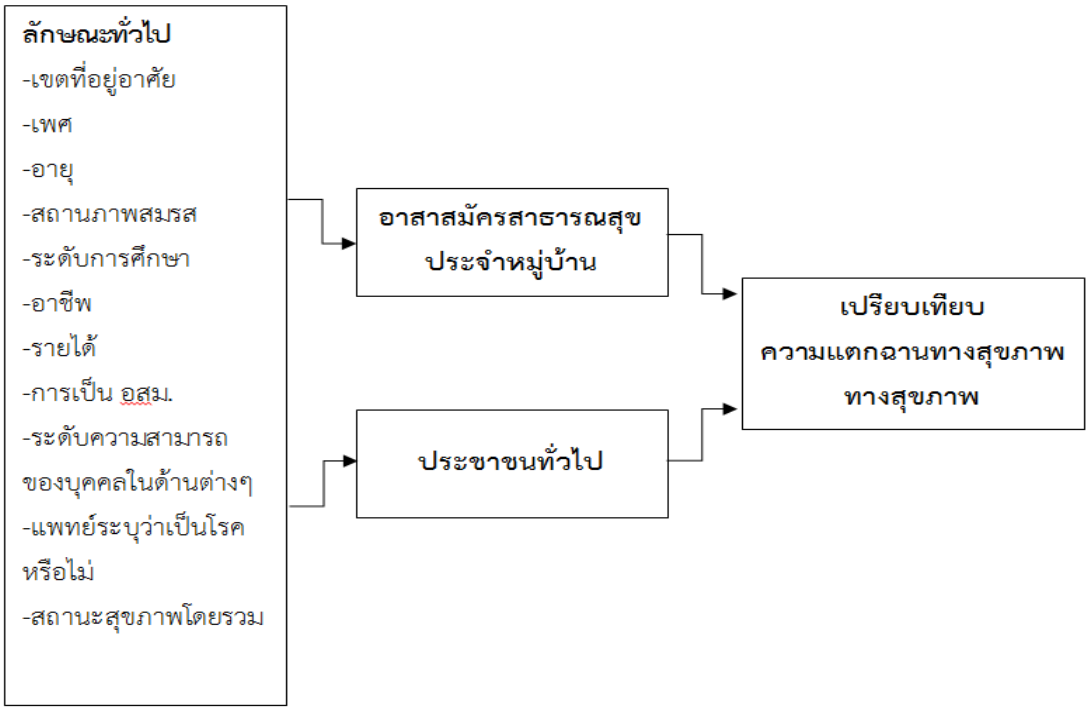
อาชีพทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ หมายถึง ผู้ที่ประกอบอาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1.9.1 สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาเป็นแนวทางการเพิ่มศักยภาพด้านความแตกฉานทางสุขภาพที่เหมาะสมกับการพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดพะเยาให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

1.9.2 สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาองค์ประกอบการสร้างหลักสูตรการศึกษาสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะมีขึ้นในอนาคต

1.10 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบ ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารวิชาการ และบทความในวารสาร ต่างๆ โดยนำเสนอ ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความแตกฉานทางสุขภาพ

2.2 แนวคิดและความเป็นมาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.4 ข้อมูลเกี่ยวกับจังหวัดพะเยา

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความแตกฉานทางสุขภาพ

2.1.1 คำจำกัดความของสุขภาพ

ธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลก[7] สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น

ภายใต้บริบทแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ คำว่า “สุขภาพ” มีน้ำหนักในการตีความหมายเชิงนามธรรมน้อยกว่ากระบวนการไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งสามารถอธิบายในลักษณะของขุมพลังที่จะผลักดันให้คนเราสามารถใช้ชีวิตที่มีคุณค่าทั้งทางด้านส่วนตัว สังคม และเศรษฐกิจ สุขภาพเป็นขุมพลังแห่งชีวิต มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต เป็นแนวคิดเชิงบวกที่เน้นความสำคัญของทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถภาพทางร่างกาย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550[29] สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า “ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

ประเวศ วะสี[30] สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจ หรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติภัยหรืออันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า “กาย” ในที่นี้หมายถึง ทางกายภาพด้วย

(2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

(3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีระบบการบริการที่ดี มีความเป็นประชาสังคม

(4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่าน มีความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

2.1.2 คำจำกัดความของความแตกฉานทางสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก[16] ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการได้มาซึ่งการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพที่ดีของตน (Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health)

คณะกรรมการด้านความแตกฉานทางสุขภาพ สมาคมการแพทย์อเมริกา (The Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association)[31] ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง กลุ่มของทักษะทั้งมวล

ซึ่งรวมถึงความสามารถในการดำเนินการพื้นฐานด้านการอ่าน และการคำนวณที่จำเป็นในสภาวะแห่งการดูแลสุขภาพ

ดอน นัทบีม (Don Nutbeam)[1] ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคมของปัจเจกบุคคล ซึ่งเป็นตัวกำหนดความสามารถของแต่ละบุคคล ในการได้มาซึ่งการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี

โซเรนเซน และคณะ (Sorensen et al.)[32] ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่ครอบคลุมของประชาชน ทักษะ และแรงจูงใจในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ

แมนคูโซ (Mancuso)[33] ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการพัฒนาตลอดช่วงชีวิตและรวมเป็นลักษณะความสามารถ ความเข้าใจ และการสื่อสาร จนเกิดเป็นลักษณะของความแตกฉานทางสุขภาพแบบผสมผสาน ซึ่งภายในประกอบด้วยทักษะ กลยุทธ์ และความสามารถต่างๆ รวมเป็นความสามารถที่จำเป็นในการบรรลุความแตกฉานทางสุขภาพ

กองสุขศึกษา[34] ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี

Chulalongkorn University

นภาพร วาณิชย์กุล และรอย แบทเทอร์แฮม (Roy Batterham)[20] ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ระดับสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน สื่อสารข้อมูลทางสุขภาพ และเกิดความตระหนักในความรับผิดชอบของตนเองต่อสุขภาพ ที่จะนำข้อมูลทางสุขภาพ ซึ่งผ่านกระบวนการเรียนรู้ไปใช้อย่างมีปฏิสัมพันธ์กับระบบการบริการสุขภาพ รวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด หรือชุมชนในยามที่ต้องการ เพื่อให้ตนเองสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาวะ

จากการศึกษาทบทวน พบว่านิยามความแตกฉานทางสุขภาพที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย คือ นิยามขององค์การอนามัยโลก และนิยามของดอน นัทบีม สำหรับการศึกษาวิจัยนี้ เลือกใช้นิยามของนภาพร วาณิชย์กุล และรอย แบทเทอร์แฮม เนื่องจากเป็นนิยามที่ได้จากสรุปผลการศึกษาวิจัยการ

พัฒนาแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย ดังนั้น จึงมีความเหมาะสมกับบริบทของประชากรไทยในขณะนี้มากที่สุด

2.2 แนวคิดและความเป็นมาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ

2.2.1 ความเป็นมาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ

ความเป็นมาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพนั้น อาจต้องมองย้อนกลับไปถึงการขับเคลื่อนความรู้ระดับชาติของประเทศอินเดียภายใต้การนำของคานธี (Gandhi) และกลุ่มคนทำงานในแอฟริกา เพื่อส่งเสริมด้านการศึกษาและสุขภาพ[13] คำว่า “ความแตกฉานทางสุขภาพ หรือ Health Literacy” เริ่มมีการใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1974 ในเอกสารการประชุมสัมมนาเรื่องมาตรฐานการให้สุขศึกษาขั้นต่ำในโรงเรียนทุกระดับชั้น[12, 13] จากช่วงเวลาดังกล่าวต่อเนื่องมามากกว่า 30 ปี จึงมีการให้นิยามความหมายความแตกฉานทางสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ[14, 31] และเริ่มมีการประกาศใช้อย่างเป็นทางการโดยหน่วยงานราชการ รวมถึงในโครงการสุขภาพขนาดใหญ่ แม้ว่าจะมีการให้นิยามความแตกฉานทางสุขภาพในความหมายที่แตกต่างกัน แต่ก็มีแนวคิดพื้นฐานเดียวกัน คือ ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพและช่วยให้พวกเขาสามารถธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีได้[14]

ในอดีตที่ผ่านมาในทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังขาดความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ ซึ่งถือว่ายังเป็นแนวคิดใหม่ และด้วยความใหม่ของแนวคิดดังกล่าว จึงก่อให้เกิดแรงจูงใจและความพยายามในการสร้างความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพเกิดขึ้นทั่วโลก มีการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในรูปแบบรายงานที่มีการอภิปรายถกเถียงประเด็นทางวิชาการเกิดขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา แนวคิดเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพได้รับการกล่าวถึงในระหว่างที่มีการจัดทำแผนของสถาบันการแพทย์อเมริกา ในประเด็นการพัฒนาสุขภาพ ระบบสุขภาพ และนโยบายสุขภาพทั่วโลก[35]

การศึกษาวิจัยและโครงการเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นในปลายทศวรรษที่ 1990[14] โดยความแตกฉานทางสุขภาพมีแนวทางในการดำเนินการสองลักษณะ คือ การมุ่งเน้นความแตกฉานทางสุขภาพด้านคลินิก และการมุ่งเน้นความแตกฉานทางสุขภาพด้านการสาธารณสุขทั่วไป[36] โดยความแตกฉานทางสุขภาพด้านคลินิกมักจะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเท่านั้น ซึ่งเป็นเป้าหมายของความแตกฉานทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาและยุโรปในขณะนั้น[36, 37] ส่วนความแตกฉานทางสุขภาพด้านการสาธารณสุขทั่วไป พบว่ามีเหมาะสมและความโดดเด่นมากในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งหลายองค์กรไม่เพียงแต่ดำเนินงานเพื่อปรับปรุง

พัฒนาสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มใหญ่เท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างโอกาสทางการศึกษาไปในขณะเดียวกันอีกด้วย[35]

จากนิยามความแตกฉานทางสุขภาพที่หลากหลาย จึงมีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปเปรียบเทียบนิยามความหมายของความแตกฉานทางสุขภาพเกิดขึ้น ต่อมาจึงมีการกำหนดนิยามความหมายขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 และใช้กันอย่างแพร่หลายในวงกว้าง ประกอบกับมีคำอธิบายเพิ่มเติมว่า ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นสิ่งที่มากกว่าความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและการปฏิบัติตนตาม รวมถึงยังเป็นการทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และมีความสามารถในการใช้ข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผล ดังนั้น ความแตกฉานทางสุขภาพจึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงการสร้างพลังอำนาจแห่งสุขภาพให้กับประชาชน[1]

ต่อมาในปี ค.ศ. 2011 มีการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพ พบว่ามีการตีพิมพ์เผยแพร่มากถึง 569 ฉบับ โดยการรวบรวมของนักศึกษาปริญญาเอก อาร์ วี ไรการ์ด (R. V. Rikard) จากมหาวิทยาลัยของรัฐแคโรลินาเหนือ (North Carolina State University) ซึ่งค้นหาและรวบรวมจากฐานข้อมูลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง ปี ค.ศ. 1950-2011 จากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น Pubmed, ISI Web of Science, Academic Search Premier, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Ingenta, and Science Direct เป็นต้น โดยการรวบรวมงานวิจัยความแตกฉานทางสุขภาพที่ได้รับการตีพิมพ์ตามชื่อแรกของผู้วิจัยในแต่ละประเทศ[15, 35] (ดังตารางที่ 2.1)

2.2.2 การใช้คำเรียก “Health Literacy”

ที่มีปรากฏในเอกสารภาษาไทย มีหลายคำ [18] ดังนี้

2.2.2.1 “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” เป็นคำที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) แปลไว้จากนิยามที่องค์การอนามัยโลก (2554)

2.2.2.2 “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” เป็นคำที่สอดรับกับการดำเนินงาน ด้านการสื่อสาร ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ในแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2554)

2.2.2.3 “ความฉลาดทางสุขภาวะ” เป็นคำที่เริ่มมีการเรียกกันในแวดวงการศึกษา เมื่อกล่าวถึง Literacy ในด้านสุขภาพ โดยมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2553)

2.2.2.4 “ความฉลาดทางสุขภาพ” เป็นคำที่กำหนดขึ้นใช้ในโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health Literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2553)

ตารางที่ 2.1 แสดงผลการรวบรวมข้อมูลผลงานการตีพิมพ์ความแตกฉานทางสุขภาพตามชื่อแรกของผู้วิจัยในแต่ละประเทศ ปี ค.ศ. 2011

ประเทศ	ฉบับ	ประเทศ	ฉบับ
สหรัฐอเมริกา	360	ออสเตรเลีย	48
สหราชอาณาจักร	37	แคนาดา	25
เนเธอร์แลนด์	14	เยอรมนี	12
ญี่ปุ่น	7	สเปน	6
แอฟริกาใต้	4	สวีเดน	4
บราซิล	3	จีน	3
อิหร่าน	3	อิสราเอล	3
นิวซีแลนด์	3	ไนจีเรีย	3
ไต้หวัน	3	อาร์เจนตินา	2
เบลเยี่ยม	2	อินเดีย	2
มาเลเซีย	2	นอร์เวย์	2
สิงคโปร์	2	สมาพันธรัฐสวิส	2
ไทย	2		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.2.3 ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพ ดังนี้ [3]

2.2.3.1) ความแตกฉานทางสุขภาพ คือ ปัจจัยบ่งชี้ที่สำคัญของสถานะสุขภาพในแต่ละบุคคลที่มากกว่ารายได้ สถานภาพการทำงาน ระดับการศึกษา และกลุ่มเชื้อชาติหรือชาติพันธุ์

2.2.3.1.1) อัตราความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงในกลุ่มประชากรย่อมเป็นกำไรต่อสังคม ความแตกฉานทางสุขภาพของบุคคลมีส่วนสำคัญต่อความเจริญทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้ประชาชนมีรายได้สูงและมีงานทำที่ดี มีระดับการศึกษาสูงขึ้น มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีส่วนช่วยในการสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนมากขึ้น และทำให้ประชาชนมีความสุขไปกับการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

2.2.3.1.2) การมีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพ มีนัยสำคัญต่อผลกระทบทางสุขภาพ เนื่องจากการมีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพมักสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคที่ลดลง สร้างความเสี่ยงต่อทางเลือกในการตัดสินใจต่อประชาชนในด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากขึ้น มีความสามารถในการจัดการโรคเรื้อรังลดลง เช่น โรคเบาหวาน โรคเอดส์ และโรคหอบหืด เป็นต้น ขาดการติดตามการรักษาทางการแพทย์ มีอัตราการรักษาในโรงพยาบาลและการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมถึงเกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2.2.3.1.3) การมีข้อจำกัดของความแตกฉานทางสุขภาพ มักสอดคล้องกับความเหลื่อมล้ำของสังคม และสามารถทำให้ความไม่เท่าเทียมและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพยังคงเกิดขึ้นต่อไป ประชาชนที่มีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพ ส่วนใหญ่มักมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มผู้อพยพ และเป็นกลุ่มผู้ที่พึงพิงรูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยรัฐ ข้อจำกัดของความแตกฉานทางสุขภาพโดยทั่วไปส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างไรนั้น ไม่อาจสามารถที่จะแยกออกมาได้อย่างชัดเจน โดยสิ่งเหล่านี้ คือ สิ่งที่จะต้องอภิปรายถกเถียงเพื่อหาข้อสรุปร่วมกันต่อไป

2.2.3.1.4) การสร้างทักษะความแตกฉานทางสุขภาพในระดับบุคคล และความสามารถในกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต เนื่องจากไม่มีใครที่จะมีความแตกฉานทางสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ ทุกคนย่อมมีบางจุดที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อการเติมเต็ม เพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือการปฏิบัติที่สำคัญบนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ หรือการชี้แนะในระบบสุขภาพอันเต็มไปด้วยความซับซ้อนในปัจจุบัน แม้ว่าบุคคลนั้นจะมีระดับการศึกษาสูงแต่ก็อาจพบว่า ระบบสุขภาพมีความซับซ้อนและยากที่จะเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ทำให้กลุ่มคนเหล่านั้นเกิดความเสี่ยงทางสุขภาพมากขึ้น

2.2.3.1.5) ศักยภาพและความสามารถโดยรวมด้านความแตกฉานทางสุขภาพ มีความสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงระบบ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้รวมถึงทักษะในการสื่อสาร ความรู้เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ วัฒนธรรม ลักษณะเฉพาะของการดูแลสุขภาพ การสาธารณสุขระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และแต่ละพื้นที่ที่ประชาชนได้รับและใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เป็นต้น เมื่อมีการให้บริการระบบดังกล่าวเกิดขึ้น ก็ย่อมมีความจำเป็นต้องเพิ่มองค์ความรู้ หรือมีการใช้ระดับภาษาที่อาจจะสูงเกินไปสำหรับผู้ใช้บริการจนกลายเป็นปัญหาต่อระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นตามมา เป็นต้น

2.2.3.1.6) การมีข้อจำกัดของความแตกฉานทางสุขภาพ เกี่ยวข้องกับต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในระบบสุขภาพ การมีข้อจำกัดของความแตกฉานทางสุขภาพคิดเป็นต้นทุนที่มากกว่า 8 พันล้าน

ดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณร้อยละ 3-5 ของงบประมาณที่ใช้ในการดูแลสุขภาพโดยรวม ของประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 2009 นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 1998 สถาบันการศึกษานานาชาติสหรัฐอเมริกาเพื่อการศึกษาสังคมผู้สูงอายุ (United States National Academy on an Aging Society) คาดว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้นอยู่ที่ประมาณ 73 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ อันเนื่องมาจากการมีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวยังไม่มีการเปรียบเทียบในระบบสุขภาพของยุโรปหลังจากที่ดำเนินการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพขนาดใหญ่ แต่พบจุดอ่อนที่เกิดจากความแตกฉานทางสุขภาพ คือ คาดว่าจะทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรในระบบสุขภาพของรัฐสวัสดิการในยุโรป ที่ประชาชนมีการเข้าถึงเกือบครอบคลุมทั่วยุโรปเพิ่มขึ้น

2.2.3.1.7) ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อย่างหลากหลาย เช่น ปัจจัยหลักทางด้านพฤติกรรม (ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น)

2.2.3.2) ประชากรส่วนใหญ่ยังคงมีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรในสหภาพยุโรป มีทักษะด้านความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอและในระดับที่ยังเป็นปัญหาอยู่

2.2.3.2.1) การมีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำเป็นเรื่องธรรมดา พบว่า ในกลุ่มประชากรเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่จำนวนมาก มีข้อจำกัดด้านทักษะความแตกฉานทางสุขภาพ แม้แต่ในกลุ่มประเทศที่มีความก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจและระบบการศึกษา

2.2.3.2.2) การมีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพเป็นเรื่องธรรมดาที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกับความแตกฉานทั่วไป ปัจจุบันความแตกฉานทางสุขภาพสามารถวัดออกมาได้ในระดับบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และภาพรวมในระดับประชากร

2.2.3.2.3) จากการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพในยุโรป แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 12 ของกลุ่มอาสาสมัครประชาชนผู้ตอบแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ มีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ยังไม่เพียงพอ และร้อยละ 35 มีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ยังมีปัญหา จะเห็นได้ว่าการมีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพในยุโรป ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาที่มีขนาดเล็กของประชากรในยุโรปอีกต่อไป

2.2.3.2.4) หลายประเทศมีความชุกของปัญหาความแตกฉานทางสุขภาพสูงมาก ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังไม่เพียงพอ พบมีค่าอยู่ระหว่าง ร้อยละ 2 - 27 ของประชากรใน 8 ประเทศในยุโรป การมีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพ (ในระดับที่ไม่เพียงพอรวมกับในระดับที่ยังเป็นปัญหาอยู่) พบมีค่าอยู่ระหว่าง ร้อยละ 29 ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ถึงร้อยละ 62 ในประเทศบัลแกเรีย

2.2.3.2.5) กลุ่มประชากรจำนวนมากมีความเสี่ยงทางสุขภาพเกิดขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง พบว่า มีสัดส่วนของการมีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพสูงมากกว่าประชากรในยุโรป รวมถึงมีสถานภาพทางสังคมในระดับที่ต่ำกว่า เช่น (มีการประเมินตนเองว่าอยู่ในสถานภาพทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ สถานภาพการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ รายได้อยู่ในระดับต่ำ และมีปัญหาหนี้สิน) มีสถานะทางสุขภาพที่ต่ำกว่า (จากการประเมินการรับรู้สถานะทางสุขภาพของตนเอง มีการเจ็บป่วยในระยะยาว และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาทางสุขภาพ) และสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ซึ่งความหลากหลายดังกล่าวที่พบในยุโรป ทำให้เกิดความชัดเจนขึ้นในหลายประเด็นทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ

2.2.3.3) การสร้างความแตกฉานทางสุขภาพควรมีความยืดหยุ่นเหมาะสมทั้งในระดับบุคคลและชุมชน สุขภาพควรถูกสร้างขึ้นในบริบทของวิถีชีวิตในแต่ละวัน ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากภายใน และช่วยกำหนดรูปแบบบริบททางสังคมวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตของประชาชน ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างความเป็นธรรม การมีส่วนร่วมในการผลิต และต้นทุนทางวัฒนธรรม คือ สิ่งที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพของประชาชน

2.2.3.3.1) ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นสินทรัพย์สำหรับบุคคลและชุมชน การลงทุนในการสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านความแตกฉานทางสุขภาพดูเหมือนจะให้ผลผลิตตอบแทนที่สำคัญในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในบุคคลและชุมชนทุกระดับ ซึ่งประชาชนจำเป็นต้องเรียนรู้ ได้รับการพัฒนา และใช้ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นพื้นฐานการดำรงชีวิตในสภาวะแวดล้อมทางสังคมตามพื้นที่ที่พวกเขาอาศัยอยู่

2.2.3.3.2) แนวทางการปฏิบัติของสังคมสามารถพัฒนาสภาวะแวดล้อมต่างๆ ได้ โดยการผสมผสานทรัพยากรทางสังคมที่เหมาะสมกับความแตกฉานทางสุขภาพ ให้กลายเป็นสินทรัพย์ที่จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนกลายเป็นผู้ที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมในการใช้ชีวิตมากขึ้น (มีความไวต่อการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมจากความหลากหลายหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ) และมีพฤติกรรมการกระทำเชิงรุกในด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การยอมรับในวิถีชีวิตแห่งการดูแลสุขภาพ หรือการเรียกร้องสิทธิในฐานะผู้ป่วย ให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับการปฏิบัติตน เพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนและนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

2.2.3.3.3) ความแตกฉานทางสุขภาพ คือ รูปแบบที่สำคัญของต้นทุนทางสังคม หลายชุมชนมีข้อได้เปรียบจากความแตกฉานทางสุขภาพของสมาชิกในชุมชน และสมาชิกในชุมชนเองก็ได้ประโยชน์จากการสนับสนุนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ในการยกระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม เป็นต้น

2.2.3.3.4) ลักษณะการสร้างความแตกฉานทางสุขภาพดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของต้นทุนทางวัฒนธรรม ดังนั้นต้นทุนทางวัฒนธรรมจึงถูกเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และเป็นโอกาสที่ดีของ

ประชาชนที่ดีในการกระตุ้นให้เกิดสุขภาพที่ดี เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และประยุกต์ใช้ต้นทุนทางวัฒนธรรม ในรูปแบบองค์ความรู้ ค่านิยม บรรทัดฐาน และทักษะ ในการเพิ่มศักยภาพของประชาชนเพื่อมุ่งไปสู่วิถีชีวิตแห่งการมีสุขภาพดี และเกิดเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพของประชาชน

2.2.3.3.5) ความแตกฉานทางสุขภาพ คือ การเพิ่มขีดความสามารถ ซึ่งความแตกฉานทางสุขภาพ จะเป็นรากฐานในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถให้แก่ประชาชนในฐานะพลเมือง สมาชิกแรงงาน ผู้บริโภค และผู้ป่วย เพื่อให้พวกเขาเหล่านั้นสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพของพวกเขา และพัฒนาทักษะในการจัดการตัวเอง

สรุป การมีข้อจำกัดด้านความแตกฉานทางสุขภาพ มีนัยสำคัญต่อผลกระทบทางสุขภาพ โดยศักยภาพและความสามารถโดยรวมด้านความแตกฉานทางสุขภาพ มีความสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และปัจจัยเชิงระบบ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้รวมถึงทักษะในการสื่อสาร ความรู้เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ วัฒนธรรม ลักษณะเฉพาะของการดูแลสุขภาพ การสาธารณสุขระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และแต่ละพื้นที่ที่ประชาชนได้รับและใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ

2.2.4 เครื่องมือและการวัดความแตกฉานทางสุขภาพ

การวัดความแตกฉานทางสุขภาพเป็นความพยายามที่จะทำให้ทราบสภาพปัญหาอันเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพของประชาชน ทำให้มีการพัฒนาเครื่องมือชุดแรกๆ ขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าข้อจำกัดและอุปสรรคส่วนตัวของผู้ป่วย รวมทั้งการสื่อสารและการให้สุขศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์มีช่องว่างเกิดขึ้นมากมาย ส่งผลให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผลอย่างที่ควร ต่อมาจึงมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เพิ่มขึ้น [18]

เครื่องมือที่ใช้วัดความแตกฉานทางสุขภาพที่มีการศึกษาและพัฒนาไว้แล้วในปัจจุบัน สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท ตามการจำแนกของ Joanne E. Jordan, et al.[38] ได้แก่ 1) แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพโดยตรง (Instruments that directly test an individual's abilities) 2) แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพด้วยตนเอง (Questionnaires that elicit self-report of abilities) และ 3) แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพของประชากร (Proxy measures of health literacy in the population) โดยเครื่องมือวัดความแตกฉานทางสุขภาพดังกล่าวมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 2.2 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพโดยตรง (Instruments that directly test an individual's abilities)

เครื่องมือ	ผู้คิดค้น	องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ลักษณะ
REALM	Davis และคณะ (1991)	ความสามารถในการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์	เพื่อระบุตัวผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์	ประกอบด้วยคำศัพท์จำนวน 125 คำ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 3 – 5 นาที คะแนนของแบบทดสอบมีค่าระหว่าง 0 – 125 คะแนน จำแนกระดับความแตกฉานทางสุขภาพโดยการจัดช่วงคะแนนเป็น 4 กลุ่ม
REALM-S	Davis และคณะ (1993)	ความสามารถในการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์	เพื่อระบุตัวผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์ มีความกระชับของเครื่องมือมากยิ่งขึ้น	ประกอบด้วยคำศัพท์จำนวน 66 คำ เก็บรวบรวบข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ภายในระยะเวลาทดสอบที่สั้นลง คือประมาณ 1 – 2 นาที โดยคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพมีค่าระหว่าง 0 – 66 คะแนน จำแนกระดับความแตกฉานทางสุขภาพเป็นช่วงคะแนน 4 กลุ่ม
REALM-Teen	Davis และคณะ (2006)	ความสามารถในการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์	ระบุเยาวชนที่มีข้อจำกัดด้านทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับคำศัพท์ทางการแพทย์	ประกอบด้วยคำศัพท์จำนวน 66 คำ และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และทดสอบความสามารถในการอ่านออกเสียงคำต่างๆ ที่เป็นข้อทดสอบ ใช้เวลาทดสอบประมาณ 2 – 3 นาที จำแนกความแตกฉานทางสุขภาพโดยการจัดช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 66 คะแนน เป็น 5 กลุ่ม

ตารางที่ 2.2 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพโดยตรง (Instruments that directly test an individual's abilities) (ต่อ)

เครื่องมือ	ผู้คิดค้น	องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ลักษณะ
SAHLSA	Lee และคณะ (2006)	ความสามารถในการอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้ในหน่วยบริการทางสุขภาพ	ใช้วัดความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย ที่ใช้ภาษาสเปนเป็นภาษาหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจในคำศัพท์ทางการแพทย์	ประกอบด้วยคำศัพท์จำนวน 50 คำต่อข้อ และใช้การสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีระยะเวลาในการทดสอบประมาณ 3 – 6 นาที และจำแนกระดับความแตกฉานทางสุขภาพโดยจัดช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 50 คะแนน เป็น 2 กลุ่ม
MART	Hanson -Divers (1997)	ความสามารถในการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้ในหน่วยบริการทางสุขภาพ	ใช้วัดความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือหรือมีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายและผู้ป่วยสูงอายุ	ประกอบด้วยคำศัพท์จำนวน 42 คำต่อข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และทดสอบความสามารถในการอ่านออกเสียงคำต่างๆ ที่เป็นข้อทดสอบ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 3 – 5 นาที และจำแนกระดับ
TOFHLA	Parker และคณะ (1995)	ความเข้าใจในการอ่านและความสามารถในการคำนวณ	เพื่อใช้วัดระดับความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วย	โดยมีการจัดช่วงคะแนน 0 – 42 คะแนน มีข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ สำหรับความเข้าใจในการอ่าน และ 17 ข้อสำหรับการคำนวณ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 22 นาที และคำนวณโดยใช้การถ่วงน้ำหนักระหว่าง 2 องค์ประกอบ มีคะแนน 0 – 100 คะแนน และจำแนกโดยมีการจัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่ม

ตารางที่ 2.2 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพโดยตรง (Instruments that directly test an individual's abilities) (ต่อ)

เครื่องมือ	ผู้คิดค้น	องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ลักษณะ
S-TOFHLA	Baker และคณะ (1999)	ความเข้าใจในการอ่านและการคำนวณ	เพื่อใช้วัดความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วยความสามารถด้านการอ่านในสถานการณ์ หรือสื่อต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องทางการแพทย์และระบบสุขภาพ	ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อสำหรับความเข้าใจในการอ่านและการคำนวณ 4 ข้อ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการทดสอบน้อยกว่า 10 นาที และคำนวณคะแนนโดยใช้การถ่วงน้ำหนักระหว่างองค์ประกอบทั้ง 2 องค์ประกอบ โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 100 คะแนน และมีการจำแนกระดับความแตกฉานทางสุขภาพโดยมีการจัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่ม
HHLT	Baron-Epel และคณะ (2007)	ความเข้าใจในการอ่านและความสามารถในการคำนวณ	เพื่อใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ใช้ภาษาฮิบรูในระบบสุขภาพเป็นหลัก	ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อสำหรับความเข้าใจในการอ่าน และจำนวน 4 ข้อสำหรับความสามารถในการคำนวณเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ แต่ไม่มีการรายงานระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบดังกล่าว การคำนวณคะแนนความฉลาดทางสุขภาพใช้คะแนนรวมแบบถ่วงน้ำหนักโดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 12 คะแนน และมีการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยมีการจัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่ม

ตารางที่ 2.2 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพโดยตรง (Instruments that directly test an individual's abilities) (ต่อ)

เครื่องมือ	ผู้คิดค้น	องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ลักษณะ
NVS	Weiss และคณะ (2005)	ความสามารถในการอ่าน การแปลความหมาย และความสามารถในการคำนวณ	เพื่อการคัดกรองผู้มีข้อจำกัดด้านการอ่านและความเข้าใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข	ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นสถานการณ์จำนวน 6 ข้อ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการทดสอบเฉลี่ย 2.9 นาที และจำแนกระดับความแตกฉานทางสุขภาพ โดยการจัดช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 6 คะแนน เป็น 3 กลุ่ม

ตารางที่ 2.3 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพด้วยตนเอง (Questionnaires that elicit self-report of abilities)

เครื่องมือ	ผู้คิดค้น	องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ลักษณะ
SILS	Chew และคณะ (2004)	การใช้บริการระบบสุขภาพ การกรอกข้อมูลทางการแพทย์ การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ และการอ่านใบนัดแพทย์	เพื่อใช้ความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจมีปัญหาในการสื่อสารและการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์	ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยการสัมภาษณ์ ไม่ระบุเวลาการทดสอบ โดยแบ่งการให้คะแนนเป็น 2 ลักษณะ คือ ความถี่ในการปฏิบัติและความมั่นใจ โดยการให้คะแนนของความถี่ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย และ 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนคำถามที่เกี่ยวกับความมั่นใจให้คะแนนโดย 1 หมายถึง มีความมั่นใจที่สุด และ 5 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลย และจำแนกโดยมีการจัดช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 64 คะแนน เป็น 3 กลุ่ม

ตารางที่ 2.3 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพด้วยตนเอง (Questionnaires that elicit self-report of abilities) (ต่อ)

เครื่องมือ	ผู้คิดค้น	องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ลักษณะ
FCCHL	Ishikawa และคณะ (2008)	การปฏิบัติ การสื่อสาร และการประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ	เพื่อใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ความแตกฉานทางสุขภาพด้านการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ การสื่อสารจำนวน 5 ข้อ และการประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่จำเป็น จำนวน 4 ข้อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความแตกฉานทางสุขภาพด้วยตนเอง
e-HEALS	Norman and Skinner (2006)	ประเมินความแตกฉานเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ คอมพิวเตอร์ สื่อ และวิทยาศาสตร์	เพื่อใช้วัดความสามารถของบุคคลในการใช้สารสนเทศอิเลคทรอนิคส์ที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองในกลุ่มประชากรในภาพรวม	ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวไม่มีการรายงานระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถาม และข้อจำกัดที่สำคัญของแบบสอบถามดังกล่าว คือ ไม่มีการรายงานคะแนน วิธีการคำนวณคะแนน และการจำแนกระดับความฉลาดทางสุขภาพ

ตารางที่ 2.4 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพของประชากร (Proxy measures of health literacy in the population)

เครื่องมือ	ผู้คิดค้น	องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ลักษณะ
DAHL	Hanchate et al. (2008)	แบบวัด DAHL พัฒนามาจาก S-TOFHLA และใช้การจำลองทางสถิติ โดยใช้ตัวแปรเชิงประชากรมาใช้ประมาณค่าความแตกฉานทางสุขภาพ	เพื่อประมาณค่าอิทธิพลของการมีความแตกฉานทางสุขภาพระดับต่ำที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในสหรัฐอเมริกา	ตัวแปรที่ใช้ประมาณค่าได้แก่ อายุ เพศ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา เชื้อชาติ ทั้งนี้องค์ประกอบหลักของ DAHL จึงเป็นตัวแปรทั้ง 4 ตัวในการประมาณค่า Proxy ความแตกฉานทางสุขภาพของประชากร คะแนน DAHL มีค่าระหว่าง 15.6 – 91.3 คะแนน และมีการจำแนกระดับความแตกฉานทางสุขภาพโดยจัดช่วงคะแนนเป็น 2 กลุ่ม
NAAL	Kutner et al. (2007)	มิติทางคลินิก (สารสนเทศและบริการทางสุขภาพ) มิติการป้องกันสุขภาพ และมิติการใช้บริการระบบสุขภาพ	เพื่อใช้วัดและทำความเข้าใจระดับของความแตกฉานทางสุขภาพของประชากรชาวอเมริกันที่มีอายุมากกว่า 16 ปี	ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ โดยมิติทางคลินิกจำนวน 3 ข้อ มิติการป้องกันสุขภาพจำนวน 14 ข้อและมิติการใช้บริการในระบบสุขภาพจำนวน 11 ข้อ
HALS	Rudd (2007)	การส่งเสริม การป้องกันสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ การจัดการโรค และการใช้บริการระบบสุขภาพ	เพื่อใช้วัดระดับความแตกฉานทางสุขภาพของประชากรชาวอเมริกันที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป	ประกอบด้วยข้อคำถาม 191 ข้อ คำถาม แบ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 60 ข้อ การป้องกันสุขภาพ 65 ข้อ การป้องกันโรค 18 ข้อ การดูแลสุขภาพและการจัดการโรค 16 ข้อ และการใช้บริการระบบสุขภาพ 32 ข้อ

ตารางที่ 2.4 แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพของประชากร (Proxy measures of health literacy in the population) (ต่อ)

เครื่องมือ	ผู้คิดค้น	องค์ประกอบ	เป้าหมาย	ลักษณะ
ALLS	สภาการเรียนรู้ของแคนาดา (2007)	การสนับสนุนสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพและการจัดการโรค และการใช้บริการระบบสุขภาพ	เพื่อใช้สำรวจความแตกฉานทางสุขภาพของประชากรชาวแคนาดาที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป	ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 191 ข้อคำถาม แบ่งเป็น การสนับสนุนสุขภาพจำนวน 60 ข้อ การป้องกันสุขภาพ 65 ข้อ การป้องกันโรค 18 ข้อ การดูแลสุขภาพและการจัดการโรค 16 ข้อ การใช้บริการระบบสุขภาพ 32 ข้อ
HLS-EU	Kristine Sørensen (2008)	การเข้าถึง การเข้าใจประเมินประยุกต์ใช้ข้อมูลในการดูแลป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ	เพื่อสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพของยุโรป	ประกอบด้วย 47 ข้อคำถาม แปลงเป็นคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 50 คะแนน เมื่อ 0 คือ ระดับต่ำสุด และ 50 คือ ระดับสูงสุด จากฐานข้อมูลนี้จึงกำหนดเป็นเกณฑ์และจำแนกเป็น 4 ระดับของความแตกฉานทางด้านสุขภาพ
แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย	นภาพร วาณิชย์กุล และ Roy Batten (2014)	ระดับสมรรถนะของการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลสุขภาพตระหนักในสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพ แสวงหาความช่วยเหลือ	สำหรับคนไทย 5 กลุ่ม คือ คนไทยที่ดูมีสุขภาพดี คนพิการทางการมองเห็น เคลื่อนไหว ได้ยิน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง	ประกอบไปด้วยโครงสร้างคำถาม คนทั่วไปจำนวน 90 ข้อ ได้แก่ คนพิการทางการได้ยินจำนวน 106 ข้อคำถาม คนพิการทางการมองเห็นจำนวน 105 ข้อคำถาม และคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 100 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นแบบข้อคำถามแบบ 11 ระดับ (Rating Scale) คือ 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 10 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือที่มีรายงานว่าใช้ในการวัดความแตกฉานทางสุขภาพอีกมากมาย[18] ได้แก่ Set of Brief Screening Questions (SBSQ), Health Activities Literacy Scale (HALS), Rapid Estimate of Adults Literacy in Dentistry-30 (REALD-30), Literacy Assessment for Diabetes (LAD), Stieglitz Informal Reading Assessment for Diabetes (SIRAD), Stieglitz Informal Reading Assessment of Cancer text (SIRACT), Medical Achievement Reading test (MART), Comprehensive Adult Student Assessment System (CASAS), The Mini Mental State Examination (MMSE), Demographic Assessment of Health Literacy (DAHL)

สำหรับประเทศไทย พบว่า การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินความแตกฉานทางสุขภาพยังอยู่ในช่วงศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่องความแตกฉานทางสุขภาพ มีการเผยแพร่เอกสารในวงจำกัดเท่านั้น[18] ซึ่งบางส่วนมีการแปลเครื่องมือแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่พัฒนาในต่างประเทศ เพื่อวัดความสามารถในด้านความเข้าใจหรือความจำในการอ่านข้อมูลสุขภาพเฉพาะโรคเท่านั้น[19] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพโดยตรง

นภาพร วาณิชย์กุล และรอย แบทเทอร์แฮม (Roy Batten) ได้พัฒนาแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพสำหรับคนไทยขึ้น โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นลักษณะแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพโดยรวมในประชากร แบบประเมินพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากความคิดเห็นของกลุ่มอาสาสมัครทั่วประเทศ มีการวิเคราะห์ความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยในการจัดกลุ่มข้อคิดเห็น มีการวิเคราะห์สถิติการจัดกลุ่มแบบหลายตัวแปร (Multivariate Cluster Analysis) เพื่อสร้างเป็นแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพสำหรับคนไทย และมีการทดสอบคุณภาพทางจิตวิทยาของแบบประเมินในประชากรจำนวน 2,245 คน พบว่า ทุกองค์ประกอบมีค่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับดี (Chronbach's Alpha ≥ 0.7) มีการกระจายคะแนนและอำนาจในการจำแนกกลุ่มที่มีคะแนนสูงและต่ำอยู่ในเกณฑ์ดี ทุกองค์ประกอบแสดงความซับซ้อนของความแตกฉานทางสุขภาพที่ครอบคลุมมิติการเรียนรู้ ทั้งในส่วนของตนเองและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ทั้งครอบครัว คนใกล้ชิด และชุมชน ซึ่งมีทั้งหมด 14 องค์ประกอบ 68 ข้อคำถาม[20]

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3.1 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)[25] หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือนในแต่ละคุ้มหรือละแวกบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) ทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารสาธารณสุข (ผสส.) แนะนำเผยแพร่ความรู้ วางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.3.2 แนวคิดและความเป็นมาเกี่ยวกับ อสม.

ประเทศไทยมีการนำการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) มาใช้เป็นแนวหลักในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชน ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)[39] ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา สสม. เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขไทยในช่วงกลางทศวรรษที่ 2520 มีความชัดเจนอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน[21]

หลักการสำคัญที่สุดประการหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน[21] ในระยะแรก คือ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ถึงฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) มีการพัฒนาให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างหลากหลาย เช่น ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ชสม.) อาสาสมัครมาลาเรีย (อมม.) อาสาสมัครคุ้มครองผู้บริโภค (อคป.) ผดุงครรภ์โบราณ เป็นต้น ตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2540) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการกระจายความรู้ และเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ชุมชน ตลอดจนนำพาครอบครัวและชุมชนไปสู่การร่วมกันพัฒนาเพื่อบรรลุถึงการมีสุขภาพดี ต่อมาจึงได้ยกระดับให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทเดียว คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)[39]

ปัจจุบันมีการพัฒนาหลักสูตรและคู่มือการอบรมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ (อสม. เชี่ยวชาญ) ขึ้น ในปี พ.ศ. 2555 เพื่อเป็นการพัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[25]

2.3.3 ความเป็น อสม.

รายละเอียดเกี่ยวกับ อสม. ดังนี้ [25]

2.3.3.1) จำนวน อสม. สำหรับการรับผิดชอบดูแลครัวเรือนในหมู่บ้านหรือชุมชน กำหนดจำนวน อสม. ในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชน โดยเฉลี่ย 1 คนรับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน

2.3.3.2) คุณสมบัติของ อสม.

2.3.3.2.1) อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์

2.3.3.2.2) มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม.ไม่น้อยกว่าหกเดือน

2.3.3.2.3) มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้

2.3.3.2.4) สมัครใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข

2.3.3.2.5) ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง

2.3.3.2.6) มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน

2.3.3.2.7) มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง

2.3.3.2.8) มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3.3.3) การคัดเลือก อสม. ใหม่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็น อสม. ใหม่ โดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

2.3.3.3.1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับประธานกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชน จัดประชุมหัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนในหมู่บ้านหรือชุมชน เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของ อสม. และมอบหมายให้ประธานกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชนและ อสม. (กรณีที่มี อสม.) เป็นคณะกรรมการคัดเลือก อสม. ใหม่

2.3.3.3.2) จัดแบ่งหลังคาเรือนให้อยู่ในคุ้มบ้าน คุ้มละ 10-15 หลังคาเรือน หรือใช้คุ้มเดิมที่มีการจัดอยู่แล้ว หาผู้สมัครใจหรือมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็น อสม. ในกรณีที่มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการคัดเลือก อสม. จัดประชุมหัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในคุ้มนั้นๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่ คัดเลือกให้เป็น อสม. ประจำคุ้มบ้านนั้น

2.3.3.4) การฝึกอบรม อสม. ใหม่ การฝึกอบรม อสม. ใหม่ หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อให้ อสม. ที่คัดเลือกเข้ามาใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

วิธีการอบรม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ ควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการประเมินผลว่า อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

2.3.3.5) การขึ้นทะเบียน อสม. สถานภาพของการเป็น อสม. เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.3.3.6) วาระและการพ้นสภาพ อสม. กำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่ออายุบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละเพื่อประชาชน หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่ ร่วมกับกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น

การพ้นสภาพ ความเป็น อสม. สิ้นสุดสภาพเมื่อ (1) ตาย (2) ลาออก (3) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนบุคคลไร้ความสามารถแล้วแต่กรณี หรือ (4) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร มีคำสั่งให้พ้นสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทน จำนวนไม่น้อยกว่าสองในสามของหลังคาเรือนที่ อสม. รับผิดชอบร่วมกันลงลายมือชื่อร่วมกันยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริง ก่อนมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็น อสม. หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(1) อสม. ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้น โดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

(2) อสม. ผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของ อสม. หรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์กร อสม.

2.3.4 บทบาทหน้าที่ของ อสม.

บทบาทหน้าที่ของ อสม. ดังนี้ [25]

2.3.4.1) ตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน

2.3.4.1.1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน

2.3.4.1.2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

2.3.4.1.3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ

2.3.4.1.4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. ในการจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของหมู่บ้านหรือชุมชน ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

2.3.4.1.5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ในเรื่องโภชนาการขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โดยติดตามหญิงมีครรภ์ให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและเฝ้าระวังเรื่องโรคประจำถิ่น เป็นต้น

2.3.4.1.6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านหรือชุมชน โดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหรือจากแหล่งอื่นๆ

2.3.4.1.7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

2.3.4.1.8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์กรการบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.3.4.2) ตามมาตรฐานสมรรถนะ อสม.

2.3.4.2.1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

2.3.4.2.2) สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค

2.3.4.2.3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

2.3.4.2.4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมของชุมชน

2.3.4.2.5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ

2.3.4.2.6) สามารถสร้างจิตสำนึกเรื่องจิตอาสาในการเข้าร่วมจัดบริการสุขภาพชุมชน

2.3.4.2.7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็ก เยาวชน แกนนำอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน

2.3.4.3) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก)

2.3.4.3.1) ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

2.3.4.3.2) เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2.3.4.3.3) เป็นทูตไอโอดีน ในการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสารไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน

2.3.5 หลักสูตรมาตรฐานการเป็น อสม.

หลักสูตรมาตรฐานการเป็น อสม. ดังนี้ [25]

2.3.5.1) การฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำปี 2550 เป็นหลักสูตรมาตรฐานในการฝึกอบรม อสม. ใหม่ ซึ่งเนื้อหาวิชาแบ่งเป็น 2 หมวดใหญ่ ได้แก่ หมวดวิชาหลัก จำนวน 8 วิชา เวลาอบรม 37 ชั่วโมง ประกอบด้วย วิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน วิชาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. วิชาสุขภาพดีมีสุข วิชาการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐาน วิชาการจัดทำแผนหรือโครงการของชุมชน วิชาการบริหารจัดการ และหมวดวิชาเลือก เวลาอบรม 6 ชั่วโมง สอนตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่

2.3.5.2) บทบาทของ อสม. ยุคใหม่ จุดที่แตกต่าง

2.3.5.2.1) ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มุ่งส่งเสริมบทบาท อสม. ให้ปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นและชุมชน โดยเฉพาะการดูแลแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง

2.3.5.2.2) สร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนโดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีชุมชนหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน

2.3.5.2.3) พัฒนาบทบาทประชาชน องค์กร อสม. เป็นแกนนำในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลและขับเคลื่อนร่วมกับบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

2.3.5.2.4) สร้างมาตรการทางสังคม มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชนในเรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

2.4. ข้อมูลเกี่ยวกับจังหวัดพะเยา

2.4.1 ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดพะเยา

ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดพะเยา ดังนี้ [40]

จังหวัดพะเยา เป็นจังหวัดในภาคเหนือตอนบน มีประวัติความเป็นมาที่เก่าแก่ยาวนานไม่น้อยไปกว่าเมืองอื่นๆ ในอาณาจักรล้านนา บริเวณที่ตั้งของจังหวัดพะเยาในปัจจุบันอยู่ติดกับกว๊านพะเยา เดิมเป็นที่ตั้งของเมือง ภูกามยาว หรือ พยาว ที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อพุทธศตวรรษที่ 16 โดยมีผู้ปกครอง คือ พ่อขุนงำเมือง ภายหลังมีการเปลี่ยนแปลงอำนาจ และตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของอาณาจักรล้านนา เมื่อถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ เมืองพะเยาอยู่ภายใต้การปกครองของจังหวัดเชียงรายในฐานะ อำเภอพะเยา และเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2520 อำเภอพะเยาได้ยกฐานะขึ้นเป็นจังหวัดพะเยา นับเป็นจังหวัดที่ 72 ของประเทศไทย

ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไป ล้อมรอบไปด้วยเทือกเขา เทือกเขาเหล่านี้จะทอดตัวเป็นแนวยาวจากเหนือลงใต้ มีที่ราบเหมาะแก่การเพาะปลูกอยู่สองข้างเทือกเขาและระหว่างลำน้ำ มีเนื้อที่ภูเขาสูงและสูงมากที่สุด ประมาณร้อยละ 47 ของพื้นที่จังหวัด มีพื้นที่เนินเขาผสมที่ราบประมาณร้อยละ 35 และมีที่ราบลุ่มน้อยที่สุด ประมาณร้อยละ 18 เท่านั้น

2.4.2 ข้อมูลด้านการปกครองและจำนวนประชากรของจังหวัดพะเยา

ข้อมูลด้านการปกครองและจำนวนประชากรของจังหวัดพะเยา ดังนี้ [28]

จังหวัดพะเยา มีพื้นที่ 6,335.06 ตร.กม. หรือ 3,959,412 ไร่ จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย อำเภอ 9 อำเภอ คือ เมืองพะเยา แม่ใจ เชียงคำ ดอกคำใต้ ปง จุน เชียงม่วน ภูซาง และภูกามยาว

แบ่งเป็น 68 ตำบล 779 หมู่บ้าน/39 ชุมชน (อยู่ในเขตเทศบาลเมืองพะเยา จำนวน 13 ชุมชนและเทศบาลเมืองดอกคำใต้ 26 ชุมชน) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 33 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 36 แห่ง (ดังตารางที่ 2) ณ เดือน กันยายน พ.ศ. 2555 มีประชากรทั้งสิ้น 488,864 คน เป็นชาย 238,956 คน หญิง 249,908 คนมีจำนวนบ้านทั้งสิ้น 175,685 หลัง ความหนาแน่นโดยเฉลี่ยประมาณ 77.16 คน/ตร.กม. (ดังตารางที่ 3)

จังหวัดพะเยามีชาวบ้านอาศัยอยู่ตามบริเวณเทือกเขาสูง จำนวน 5 เผ่า ได้แก่ เผ่าเย้า แม้ว ถิ่น ลีซอ อาข่า และชนกลุ่มน้อย 2 กลุ่ม ได้แก่ ไทลื้อ ลาว โดยกระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆ เช่น เชียงคำ แม่ใจ เมืองพะเยา ดอกคำใต้ เชียงม่วน และ ภูชาง มีจำนวนประชากร 20,080 คน 4,898 ครัวเรือน

(1) อำเภอเมืองพะเยา มีพื้นที่ 842.08 ตร.กม ประชากร 130,639 คน ความหนาแน่น 155.13 คน/ตร.กม. จำนวน 15 ตำบล 172 หมู่บ้าน 13 ชุมชน จำนวนเทศบาลตำบล 9 แห่ง จำนวนเทศบาลเมือง 1 แห่ง จำนวน อบต. 4 แห่ง

(2) อำเภอจุน มีพื้นที่ 571.23 ตร.กม. ประชากร 50,558 คน ความหนาแน่น 88.50 คน/ตร.กม. จำนวนตำบล 7 ตำบล จำนวนหมู่บ้าน 86 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาลตำบล 5 แห่ง จำนวน อบต. 2 แห่ง

(3) อำเภอเชียงคำ มีพื้นที่ 707.35 ตร.กม. ประชากร 76,928 คน ความหนาแน่น 108.75 คน/ตร.กม. จำนวนตำบล 10 ตำบล จำนวนหมู่บ้าน 134 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาลตำบล 4 แห่ง จำนวน อบต. 7 แห่ง

(4) อำเภอเชียงม่วน มีพื้นที่ 722.86 ตร.กม. ประชากร 19,169 คน ความหนาแน่น 26.51 คน/ตร.กม. จำนวนตำบล 3 ตำบล จำนวนหมู่บ้าน 34 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาลตำบล 1 แห่ง จำนวน อบต. 2 แห่ง

(5) อำเภอดอกคำใต้ มีพื้นที่ 823.29 ตร.กม. ประชากร 70,940 คน ความหนาแน่น 86.16 คน/ตร.กม. จำนวนตำบล 12 ตำบล จำนวนหมู่บ้าน 99 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาลตำบล 3 แห่ง จำนวนเทศบาลเมือง 1 แห่ง จำนวน อบต. 7 แห่ง

(6) อำเภอปง มีพื้นที่ 1,783.45 ตร.กม. ประชากร 52,830 คน ความหนาแน่น 29.62 คน/ตร.กม. จำนวนตำบล 7 ตำบล จำนวนหมู่บ้าน 88 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาลตำบล 3 แห่ง จำนวน อบต. 6 แห่ง

(7) อำเภอแม่ใจ เนื้อที่ 300.76 ตร.กม. ประชากร 34,518 คน ความหนาแน่น 114.76 คน/ตร.กม. จำนวนตำบล 6 ตำบล จำนวนหมู่บ้าน 66 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาลตำบล 6 แห่ง จำนวน อบต. 1 แห่ง

(8) อำเภอภูซาง มีพื้นที่ 370.20 ตร.กม. ประชากร 31,744 คน ความหนาแน่น 85.74 คน/ตร.กม. จำนวนตำบล 5 ตำบล จำนวนหมู่บ้าน 59 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาลตำบล 1 แห่ง จำนวน อบต. 4 แห่ง

(9) อำเภอภูกามยาว มีพื้นที่ 213.83 ตร.กม. ประชากร 21,538 คน ความหนาแน่น 100.72 คน/ตร.กม. จำนวนตำบล 3 ตำบล จำนวนหมู่บ้าน 41 หมู่บ้าน จำนวนเทศบาลตำบล 1 แห่ง จำนวน อบต. 3 แห่ง

ตารางที่ 2.5 ข้อมูลเขตพื้นที่การปกครองของจังหวัดพะเยา

อำเภอ	ตำบล	เทศบาลเมือง	เทศบาลตำบล	อบต.	หมู่บ้าน
1. เมืองพะเยา	15	1	9	4	172
2. จุน	7	0	5	2	86
3. เชียงคำ	10	0	4	7	134
4. เชียงม่วน	3	0	1	2	34
5. ดอกคำใต้	12	1	3	7	99
6. ปง	7	0	3	6	88
7. แม่ใจ	6	0	6	1	66
8. ภูซาง	5	0	1	4	59
9. ภูกามยาว	3	0	1	3	41
รวม	**68**	**2**	**33**	**36**	**779**

ที่มา: สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ที่ทำการปกครองจังหวัดพะเยา สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดพะเยา ณ วันที่ 30 กันยายน 2555

ตารางที่ 2.6 แสดงจำนวนประชากรของจังหวัดพะเยา

อำเภอ	ครัวเรือน	ชาย	หญิง	รวม
1. เมืองพะเยา	49,284	61,842	68,797	130,639
2. จุน	18,456	24,518	26,040	50,558
3. เชียงคำ	27,814	38,412	38,516	76,928
4. เชียงม่วน	7,154	9,633	9,536	19,169
5. ดอกคำใต้	24,565	34,648	36,292	70,940
6. ปง	16,100	26,599	26,231	52,830
7. แม่ใจ	13,320	16,982	17,536	34,518
8. ภูซาง	11,132	15,912	15,832	31,744
9. ภูกามยาว	7,860	10,410	11,128	21,538
รวม	**176,685**	**238,956**	**249,908**	**488,864**

ที่มา: สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ที่ทำการปกครองจังหวัดพะเยา สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดพะเยา ณ วันที่ 30 กันยายน 2555

2.4.3 ข้อมูล อสม. จังหวัดพะเยา

ข้อมูล อสม. จังหวัดพะเยา ดังนี้ [27]

จังหวัดพะเยามี อสม. จำนวนทั้งสิ้น 14,978 คน แยกเป็นเพศชาย 4,296 คน (ร้อยละ 28.68) เพศหญิง 10,682 คน (ร้อยละ 71.32) มีค่าเฉลี่ยจำนวน อสม.ต่อจำนวนหลังคาเรือนที่ต้องรับผิดชอบน้อยที่สุดของประเทศ โดยรับผิดชอบเฉลี่ย 10.06 หลังคาเรือนต่อ อสม. 1 คน

อายุเฉลี่ย อสม. อยู่ที่ 46.14 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.43) ระยะเวลาการเป็น อสม. อยู่ที่ 12.44 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.32) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 84.70) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 0.08) และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 0.05) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 80.00) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 0.12) ค้าขาย (ร้อยละ 0.06) และทำงานบ้าน (ร้อยละ 0.02) ตามลำดับ

โดยอำเภอเมืองพะเยามีจำนวน อสม. มากที่สุด (ร้อยละ 22.39) รองลงมา คือ อำเภอดอกคำใต้ (ร้อยละ 16.34) อำเภอเชียงคำ (ร้อยละ 13.67) อำเภอจุน (ร้อยละ 12.04) อำเภอปง (ร้อยละ 11.34) อำเภอแม่ใจ (ร้อยละ 7.71) อำเภอภูซาง (ร้อยละ 6.30) อำเภอภูกามยาว (ร้อยละ 5.06) และอำเภอเชียงม่วน (ร้อยละ 4.05) ตามลำดับ

ตารางที่ 2.7 แสดงจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดพะเยา

อำเภอ	ชาย	หญิง	รวม
1. เมืองพะเยา	759	2,594	3,353
2. จุน	557	1,246	1,803
3. เชียงคำ	635	1,457	2,092
4. เชียงม่วน	180	546	726
5. ดอกคำใต้	491	1,957	2,448
6. ปง	742	957	1,699
7. แม่ใจ	318	837	1,155
8. ภูซาง	320	624	944
9. ภูกามยาว	294	464	758
รวม	**4,296**	**10,682**	**14,978**

ที่มา: ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากระบบสารสนเทศ งานสุขภาพประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ณ วันที่ 30 กันยายน 2556

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกฉานทางสุขภาพทั่วไปหรือทางด้านการสาธารณสุข ยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศไทย ส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นไปที่การศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยเฉพาะโรค และอาศัยเครื่องมือหรือแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่แปลมาจากต่างประเทศเป็นหลัก ประกอบกับยังไม่มีผู้ใดได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปมาก่อน ดังนั้น จึงไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์[41] รายงานการสำรวจความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่างสำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการนำเครื่องมือประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพที่ได้พัฒนาขึ้นไปสำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่คละเพศ การศึกษา รายได้ และที่อยู่อาศัยระหว่างคนในเทศบาลเมือง กับเขตชนบท ตลอดจนประมวลผลและวิเคราะห์ผลเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของประเด็นและข้อคำถามให้มีความถูกต้อง โดยทำการสำรวจในกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 2,200 คน 5 พื้นที่ ได้แก่ กรุงเทพและปริมณฑล ภาคตะวันออก ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการสำรวจแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ประเภทด้วยกัน คือ การสำรวจบุคคลทั่วไป การสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสำรวจกลุ่มผู้พิการ (สายตาและร่างกาย)

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มบุคคลทั่วไปเป็นชายร้อยละ 38.3 และหญิงร้อยละ 61.7 มีระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 52.4 มากที่สุด รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย ร้อยละ 20.2 มีอายุเฉลี่ย 47.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.5) บุคคลทั่วไปมีคะแนนการประเมินตนเองอยู่ในช่วงปานกลางถึงดี คะแนนสุขภาพโดยทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมีคะแนนเต็ม 4 คะแนน โดยภาพรวมแล้ว คะแนนเฉลี่ยที่ได้คือ 3.3 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี ประเด็นที่ได้คะแนนต่ำที่สุดของบุคคลทั่วไป ได้แก่ สมุนไพรและอาหารเสริม (5.0 คะแนน) ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ (6.9 คะแนน) และการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (6.9 คะแนน) ส่วนประเด็นที่ได้คะแนนสูงที่สุดของบุคคลทั่วไป ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (8.5 คะแนน) ความสามารถในการเดินทาง (8.5 คะแนน) และการใช้ยา (8.3 คะแนน) ตามลำดับ

โครงการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพแห่งยุโรป (2012)[42] ทำการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพโดยใช้แบบสำรวจความแตกฉานทางด้านสุขภาพ (The European Health Literacy Survey: HLS-EU) ในปี ค.ศ. 2011 ในกลุ่มประเทศสมาชิกจำนวน 8 ประเทศของยุโรป ได้แก่ ออสเตรีย (Austria) บัลแกเรีย (Bulgaria) เยอรมนี (Germany, North Rhine-Westphalia) กรีซ (Greece) ไอร์แลนด์ (Ireland) เนเธอร์แลนด์ (Netherlands) โปแลนด์ (Poland) และสเปน (Spain) โดยแต่ละประเทศมีการสุ่มเลือกกลุ่มอาสาสมัครประมาณ 1,000 คน มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป รวมเป็นกลุ่มอาสาสมัครทั้งหมดประมาณ 8,000 คน มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มอาสาสมัครโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและกระบวนการสุ่มตัวอย่างที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเก็บข้อมูลรายบุคคล ใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการบันทึกข้อมูล ยกเว้นในบัลแกเรียและไอร์แลนด์ที่ใช้เอกสารในการบันทึก แบบสอบถามมีทั้งหมด 47 ข้อ เลือกตอบตามมาตรวัด 4 ระดับ คือ ง่ายมาก ง่าย ยาก และยากมาก และกำหนดเป็นเกณฑ์อันตรภาคชั้น 4 ระดับ คือ ความแตกฉานทางสุขภาพยังมีไม่เพียงพอ (inadequate) ความแตกฉานทางสุขภาพยังมีปัญหา (problematic) ความแตกฉานทางสุขภาพมีเพียงพอ (sufficient) และความแตกฉานทางสุขภาพดีเยี่ยม (excellent)

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ร้อยละ 12 ของกลุ่มอาสาสมัครมีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ มากกว่า 1 ใน 3 หรือร้อยละ 35 มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังมีปัญหา ดังนั้นการมีข้อจำกัดความแตกฉานทางสุขภาพของยุโรปกำลังมีปัญหาอย่างมาก โดยเมื่อพิจารณาเป็นช่วงความแตกทางสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ พบว่าอยู่ในช่วง ร้อยละ 2-27 และหากรวมความ

แตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอกับระดับที่ยังมีปัญหา พบว่าอยู่ในช่วง ร้อยละ 29-62 ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวเป็นปัญหาใหญ่ ซึ่งต้องมีการเสนอในเชิงนโยบายการพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพต่อไป

เชษฐา แก้วพรม และคณะ (2012)[43] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาตำบลวันยาวและตำบลวังสรรพรส อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยศึกษาความสามารถในการจำแนกโรค ความเข้าใจ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต และทัศนคติต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต โดยใช้แบบสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในเขตพื้นที่ 2 ตำบลในอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 138 คน

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่สามารถระบุการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยสามารถระบุการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ นอกจากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกินกว่าร้อยละ 80.0 มีความเห็นว่าการมีบุคลิกภาพวิตกกังวลและภาวะวิกฤติในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยทางจิต และอาสาสมัครสาธารณสุขเกินกว่าร้อยละ 96.00 เห็นว่าการออกกำลังกาย การพบปะผู้คนและการรับบริการให้การปรึกษาเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตมีอาการดีขึ้น ในประเด็นความคิดเห็นต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิตพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กัญญา แซ่โก (2009)[44] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตาและการปฏิบัติตัวในการดูแลตาตามข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตา โดยเลือกผู้ป่วยผ่าตัดตาจำนวน 200 คนจากผู้ป่วยผ่าตัดตาที่มาตรวจตามนัด 1 เดือนหลังผ่าตัด ที่แผนกตรวจตาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัด Short-TOFHLA ต้นฉบับเดิมของ Parker และคณะ 1995 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบ Chi-Square

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตาร้อยละ 69.5 มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้นที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ข้อมูลเกี่ยวกับบริการผ่าตัดตาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ ได้แก่ กรณีที่ไม่จำเป็นต้องเช็ดทำความสะอาดตา ร้อยละ 61 คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและขณะผ่าตัด ร้อยละ 59.5 และการครอบตาและการป้องกันอันตรายแก่ตา ร้อย

ละ 57 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.5 และไม่พบว่ามีผู้ที่มีการปฏิบัติตัวในระดับที่ต้องปรับปรุง สำหรับพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ การหยอดตา ร้อยละ 58.5 คุณลักษณะทางประชากรได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพเพียงพอจะมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพไม่เพียงพอและก้ำกึ่ง ดังนั้นจากผลที่พบนี้ ในการบริการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลควรตระหนักในเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการที่ให้ผ่านสื่อต่างๆ ของหน่วยบริการควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

ฐิติยา แก้วสมบูรณ์ (2008)[45] ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผล โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ที่มารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย ที่โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2551 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test, Paired t-test

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความแตกฉานด้านสุขภาพใน เรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ รวมทั้งพฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามขั้นตอนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องความวิตกกังวลภายหลังการตรวจและความตั้งใจวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงและมีการวางแผนการปฏิบัติตัวภายหลังการทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยแตกฉานด้านสุขภาพ มีความเข้าใจข้อมูลเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย สามารถตีความนำข้อมูลไปใช้ปฏิบัติเมื่อเข้ารับการตรวจ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความแตกฉาน

ด้านสุขภาพ จึงควรพิจารณานำเอาองค์ประกอบของการวิจัยในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และมนทน์ดวงพัฒน์ อุ่นพรมมี (2008)[46] ได้ศึกษาความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา เพื่อประเมินความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยแปลจาก The Health Literacy Knowledge and Experience Survey (HL-KES) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Dr.Cathy M. Cormier

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับจำกัด โดยตอบแบบข้อคำถามถูกเพียงร้อยละ 47.16 ในด้านที่นักศึกษาทำคะแนนได้น้อยที่สุด คือ ด้านผลกระทบของการมีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำและการประเมินกิจกรรมส่งเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับด้านที่นักศึกษาทำคะแนนได้สูงสุด คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความแตกฉานทางสุขภาพ พบว่านักศึกษามีประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพในระหว่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในระดับที่ค่อนข้างต่ำ ด้านที่นักศึกษามีประสบการณ์จำกัด คือ การประเมินทักษะการอ่านและความเหมาะสมทางวัฒนธรรมของสื่อให้ความรู้ก่อนใช้งาน และการใช้สื่อภาพและเสียงในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความถี่ของการติดต่อและการใช้บริการในสถานบริการสุขภาพกับความรู้ด้านการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ

David W. Baker และคณะ (2000)[47] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 2,774 คน ด้วยแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ (Short Test of Functional Health Literacy in Adults: S-TOFHLA) และทดสอบสภาวะทางจิตใจ (Mini Mental State Examination: MMSE)

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพ (S-TOFHLA) มีแนวโน้มลดลง 1.4 คะแนน เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และเมื่อควบคุมตัวแปรเพศ เชื้อชาติ สัญชาติ และระดับการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพ (S-TOFHLA) มีแนวโน้มลดลง 1.3 คะแนน เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี เมื่อควบคุมตัวแปรการทดสอบสภาวะทางจิตใจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพ (S-TOFHLA) มีแนวโน้มลดลง 0.9 คะแนน เมื่อมีอายุ

เพิ่มขึ้น 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เช่นกัน ในขณะที่ความแตกต่างในด้านความถี่ของการอ่านหนังสือพิมพ์ ความสามารถในการมองเห็น การป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และสถานะทางสุขภาพไม่ได้บ่งบอกถึงความแตกฉานทางสุขภาพที่ลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุ

Williams MV และคณะ (1995)[48] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอในกลุ่มผู้ป่วยของโรงพยาบาล 2 แห่ง เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ป่วยในด้านการอ่านและการคำนวณพื้นฐานที่จำเป็นอย่างเพียงพอในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบทดสอบความแตกฉานทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือ Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) ในโรงพยาบาลทั่วไปเขตชนบท

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเข้าใจคำสั่งในด้านการรักษาพื้นฐานได้ จากจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,659 คน พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 1,106 คน (ร้อยละ 41.6) ไม่เข้าใจแนวทางการรักษา มีการทานยาขณะที่ท้องว่าง พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 691 คน (ร้อยละ 26) ไม่เข้าใจข้อมูลการนัดมาตรวจครั้งต่อไป และผู้ป่วยจำนวน 1,582 คน (ร้อยละ 59.5) ไม่เข้าใจเกี่ยวกับเอกสารแสดงความยินยอม และพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 665 คน (ร้อยละ 35.1) จากทั้งหมด 1,892 คน พูดภาษาอังกฤษได้ และอีก 473 คน (ร้อยละ 61.7) จากทั้งหมด 767 คน พูดภาษาสเปน ได้ในระดับที่ไม่เพียงพอของความแตกฉานทางสุขภาพ ความชุกของความไม่เพียงพอความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) อยู่ที่ร้อยละ 81.3 (187 ใน 230) สำหรับภาษาอังกฤษ และอยู่ที่ร้อยละ 82.6 (57 ใน 69) สำหรับภาษาสเปน และมีนัยสำคัญทางสถิติสูงมากกว่าในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ($p<0.001$)

Chulalongkorn University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษา

3.1 รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Analytic Study) โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปและประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ จากนั้นจึงดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

3.2 ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology)

3.2.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target Population) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

3.2.2 ประชากรที่ศึกษา (Study Population) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 208 ราย

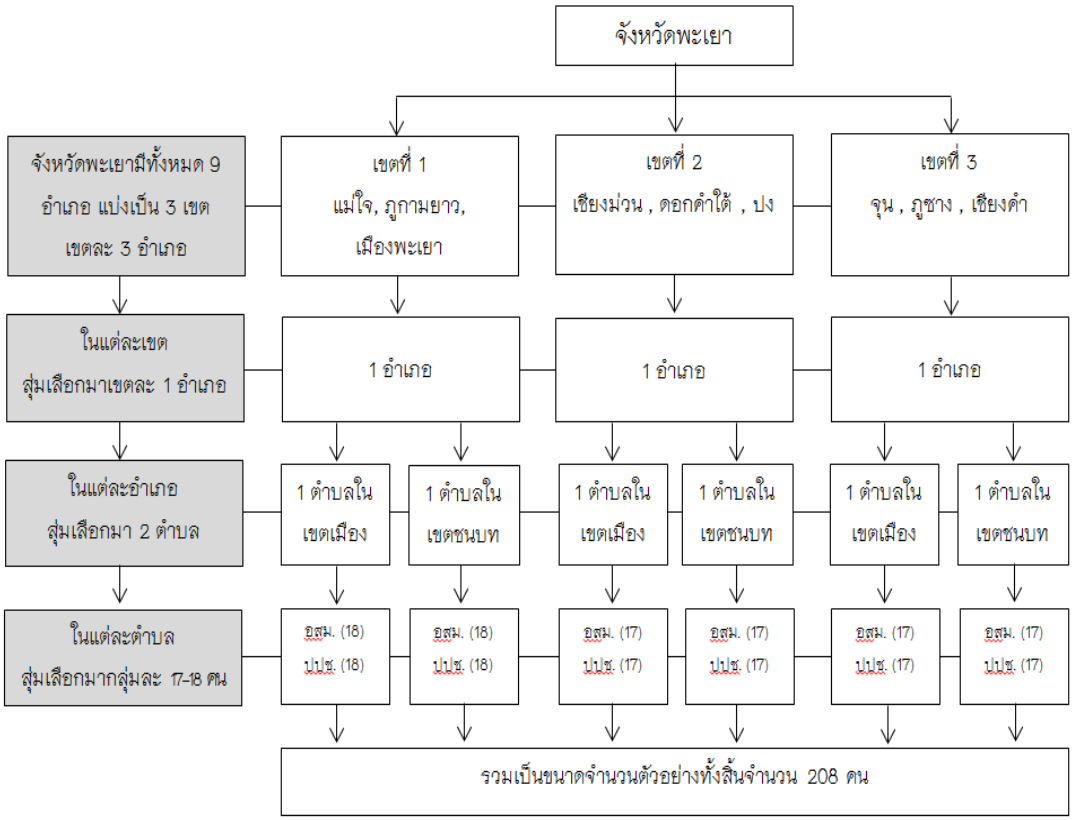
3.2.3 ตัวอย่าง (Sample) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยาแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 104 ราย จำนวนทั้งสิ้น 208 ราย

3.2.4 เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Techniques) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังรูปที่ 3.1 ดังนี้

3.2.4.1 จังหวัดพะเยามีทั้งหมด 9 อำเภอ แบ่งเป็น 3 เขต เขตละ 3 อำเภอ ตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (Geography) ใช้เทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มเลือกมาเขตละ 1 อำเภอ

3.2.4.2 ในแต่ละอำเภอ แบ่งเป็นตำบลในเขตเมือง (เทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล) และตำบลในเขตชนบท (องค์การบริหารส่วนตำบล) ใช้เทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อมาอำเภอละ 2 ตำบล (ตำบลในเขตเมือง 1 ตำบล และตำบลในเขตชนบท 1 ตำบล)

3.2.4.3 ใช้เทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อ อสม. ในแต่ละตำบลจนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป (ปปช.)กำหนดจำนวนและคุณลักษณะส่วนบุคคลให้ใกล้เคียงกับกลุ่ม อสม. ภายหลังจากที่สุ่มได้มากที่สุด ได้แก่ ตำบล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นั้นๆ



รูปที่ 3.1 วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

3.2.5 หน่วยการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Unit) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา แต่ละราย

3.2.6 หน่วยการศึกษา (Study Unit) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา แต่ละรายที่สุ่มเลือกได้

3.2.7 ขนาดตัวอย่าง (Sample size) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ของสุทธิพล อุดมพันธุรัก และคณะ โดยมีวิธีการคำนวณ ดังนี้

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ $$n/group = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

โดย $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ = 2.58 Z_β = 1.28 เมื่อกำหนดให้ α = 0.05 β = 0.10

เนื่องจากไม่ทราบค่าความแปรปรวนและระดับคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไป จำนวน 28 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 14 ราย พบว่าในกลุ่ม อสม. มีระดับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพเฉลี่ย (μ_1) เท่ากับ 524.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 56.97 คะแนน ในกลุ่มประชาชนทั่วไปมีระดับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพเฉลี่ย (μ_2) เท่ากับ 494.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 77.94 คะแนน

แทนค่าสูตร n / กลุ่ม $$= \frac{(1.95+1.28)^2(56.97^2+77.94^2)}{(524.86-494.15)^2}$$

$$= 103.10$$

$$\approx 104$$

ขนาดตัวอย่างจำนวนน้อยที่สุดต่อกลุ่มในการศึกษาวิจัย คือ กลุ่มละ 104 ราย ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ กลุ่มละ 104 ราย รวมทั้งสิ้นจำนวน 208 ราย

3.2.8 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

3.2.8.1 เกณฑ์นำเข้า (Inclusion Criteria) คือ

สำหรับกลุ่ม อสม.

- ต้องมีประสบการณ์การเป็น อสม. ตั้งแต่ 5-20 ปี
- มีอายุตั้งแต่ 38-55 ปี
- ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
- สามารถอ่านและฟังภาษาไทยเข้าใจได้
- เป็นผู้ที่มีสภาพมองเห็นว่าแข็งแรง (Healthy Appearance) ไม่มีโรคประจำตัวหรือความพิการปรากฏให้เห็น

สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป

- กำหนดให้มีอายุตั้งแต่ 38-55 ปี และมีคุณลักษณะอื่นๆ ที่ใกล้เคียงกับกลุ่ม อสม. ภายหลังจากที่สุ่มได้มากที่สุด ได้แก่ ตำบล เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ
- ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
- สามารถอ่านและฟังภาษาไทยเข้าใจได้
- เป็นผู้ที่มีสภาพมองเห็นว่าแข็งแรง (Healthy Appearance) ไม่มีโรคประจำตัวหรือความพิการปรากฏให้เห็น

3.2.8.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ

สำหรับกลุ่ม อสม.

- มีปัญหาอื่นๆ เกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมศึกษาวิจัยจนไม่สามารถดำเนินการได้

สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป

- มีประสบการณ์เคยเป็น อสม. หรือเคยประกอบอาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- มีปัญหาอื่นๆ เกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมศึกษาวิจัยจนไม่สามารถดำเนินการได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามความเป็นจริง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

3.3.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 11 ข้อคำถาม ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็น อสม. ระดับความสามารถของบุคคลในด้านต่างๆ การระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรค และสถานะสุขภาพโดยรวม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ

3.3.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้มาจากแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพคนไทย เฉพาะในส่วนของคนไทยที่ดูมีสุขภาพดีเท่านั้น ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยนภาพร วาณิชย์กุล และรอย แบทเทอร์แฮม

แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ประกอบด้วย 14 องค์ประกอบ ดังนี้

3.3.2.1 การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12, 31, 54, 60

3.3.2.2 การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11, 17, 23, 29, 42, 43

3.3.2.3 ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 37, 46, 50, 68

3.3.2.4 ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 19, 21, 26, 32

3.3.2.5 การสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 18, 20, 25, 30, 38

3.3.2.6 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 9, 16, 28, 34, 39, 61, 66

3.3.2.7 การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 6, 13, 41

3.3.2.8 ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 22, 40, 44, 52, 56

3.3.2.9 ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8, 35, 51, 62

3.3.2.10 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 14, 24, 36, 38

3.3.2.11 ความเครียด

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 27, 45, 53

3.3.2.12 อุปสรรคและความสามารถในการเดินทาง

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 57, 59, 63, 65

3.3.2.13 การใช้ยา

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15, 33, 49, 55, 64

3.3.2.14 สมุนไพรและอาหารเสริม

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 10, 47, 58, 67

ใน 14 องค์ประกอบ มีโครงสร้างคำถามทั้งหมด 68 ข้อ ลักษณะข้อความเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เป็นการให้ความสำคัญในแต่ละข้อความ และแต่ละข้อความมีคำตอบให้เลือก 11 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ 0 หมายถึง น้อยที่สุด ไปจนถึง 10 หมายถึง มากที่สุด และไม่ตอบ

3.3.3 เกณฑ์และวิธีการให้คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพ

คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพในแต่ละข้อคำถาม กำหนดไว้ตั้งแต่ 0 คะแนน สำหรับน้อยที่สุด จนถึง 10 คะแนน สำหรับมากที่สุด และกรณีไม่ตอบจะไม่นำข้อดังกล่าวมาคำนวณเป็นคะแนนตามวิธีการคำนวณคะแนน ดังนี้

วิธีคำนวณคะแนน คือ (คะแนนรวมที่ได้ (A) / จำนวนข้อที่ตอบ (B)) = ผลลัทธ์ (C_1)

วิธีคำนวณปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน คือ C_1 x680)/10 = ผลลัทธ์ (C_2)

โดยนำ C_2 ไปแปลผล

เมื่อ 0 คะแนน หมายถึง ระดับความแตกฉานทางสุขภาพต่ำสุด

680 คะแนน หมายถึง ระดับความแตกฉานทางสุขภาพสูงสุด

3.4 การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์มาจากแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพสำหรับคนไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยนภาพร วาณิชย์กุล และรอย แบทเทอร์แฮม ซึ่งมีการทดสอบความถูกต้องตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) และความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) โดยทดสอบคุณภาพทางจิตวิทยาของแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพสำหรับคนไทยในประชากร 2,245 คน พบว่าทุกองค์ประกอบมีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Coefficient) ข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับดี (Chronbach's Alpha ≥ 0.70) มีการกระจายคะแนนและอำนาจในการจำแนกกลุ่มคนที่มีคะแนนสูงและต่ำอยู่ในเกณฑ์ดี

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) โดยทำการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มอาสาสมัคร จำนวนทั้งสิ้น 28 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 14 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ค่าความสอดคล้องภายในโดยรวมของแบบสอบถามทั้ง 68 ข้อ อยู่ในระดับดีมาก (Cronbach's Alpha = 0.97) และความสอดคล้องภายในของข้อคำถามทั้ง 14 องค์ประกอบอยู่ในระดับดี (Chronbach's Alpha ≥ 0.70) รายละเอียด (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 ค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) จำแนกตาม 14 องค์ประกอบ

ความน่าเชื่อในแต่ละองค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา
1. การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ	0.76
2. การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน	0.77
3. ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	0.70
4. ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ	0.88
5. การสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว	0.81
6. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.79
7. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	0.78
8. ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ	0.87
9. ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ	0.73
10. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	0.76
11. ความเครียด	0.79
12. อุปสรรคและความสามารถในการเดินทาง	0.81
13. การใช้ยา	0.81
14. สมุนไพรและอาหารเสริม	0.86

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3.5 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาโดยจะต้องได้รับการนำเสนอผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการศึกษาข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบทุกประเด็น เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยความสมัครใจอย่างไม่มีการบังคับด้วยวิธีใดๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยมีการใช้รหัสแทนชื่อจริง ข้อมูลที่ได้มาจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น และผลของการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ขั้นตอนและวิธีการศึกษาจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง จึงจะสามารถดำเนินการต่อไปได้ โดยงานวิจัยนี้สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้

3.6.1 หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) ในการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลในการวิจัยของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับทั้งในกระบวนการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการรายงานข้อมูล กล่าวคือ ไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัยในแบบบันทึกข้อมูลหรือแบบสอบถาม ในกรณีจำเป็น จะระบุเฉพาะรหัสเท่านั้นการวิเคราะห์ผลและรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น และจะไม่กระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและสถานปฏิบัติงานที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสังกัดอยู่ นอกจากนี้จะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยจนผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเข้าใจเป็นอย่างดี และให้อิสระในการตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3.6.2 หลักคุณประโยชน์ (Beneficence) การวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม การเก็บข้อมูลบางขั้นตอนอาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายใจในการตอบหรือให้ข้อมูล อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ถ้าต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

3.6.3 หลักความยุติธรรม (Justice) ในการดำเนินโครงการนี้ ทุกคนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานเดียวกันจะมีโอกาสในการได้รับเลือกเข้าโครงการฯ เท่ากัน มีเกณฑ์การคัดเข้าและออกจากการวิจัยอย่างชัดเจน ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการดำเนินงานวิจัย

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

3.7.1 ศึกษาเอกสาร ข้อมูล ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.7.2 กำหนดกรอบและขอบเขตของเนื้อหาให้มีความชัดเจน และศึกษาแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพจากเจ้าของเครื่องมือ รวมถึงความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ

3.7.3 ทำการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ในกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 28 คน เพื่อหาค่าสถิติในการคำนวณขนาดกลุ่มอาสาสมัครที่เหมาะสม และปรับปรุงแบบสอบถามให้มีความเหมาะสม ชัดเจนในด้านเนื้อหาและภาษา และกำหนดขนาดกลุ่มอาสาสมัครรวมถึงพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

3.7.4 จัดทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือและความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มอาสาสมัครในแต่ละพื้นที่

3.7.5 ทำการคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครเข้ามาในการศึกษาวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัย เป็นผู้ตอบแบบสอบถามและแบบประเมินด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

3.7.6 สร้างคู่มือลงรหัส แปลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัสตามคู่มือลงรหัสที่จัดเตรียมไว้ และนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกและวิเคราะห์ต่อไป

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

นำข้อมูลที่รวบรวมมาได้ทั้งหมดที่สมบูรณ์ครบถ้วน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science) ดังต่อไปนี้

3.8.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) มีรายละเอียด ดังนี้

3.8.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยตาราง

3.8.1.2 ข้อมูลระดับความแตกฉานทางสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ นำเสนอด้วยตาราง

3.8.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) มีรายละเอียด ดังนี้

3.8.2.1 เปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพ โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่ม เลือกใช้สถิติพารามิเตอร์ Unpaired T-test ทดสอบ เมื่อเงื่อนไขเป็นการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) เมื่อทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) ร่วมกับกราฟฮิสโทแกรม (Histogram)

3.8.2.2 เปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพ โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่ม เลือกใช้สถิติแบบนอนพารามิเตอร์ Mann-Whitney U Test หรือ Wilcoxon Rank Sum Test เมื่อไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) เมื่อทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) ร่วมกับกราฟฮิสโทแกรม (Histogram)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Analytic Study) เพื่อลักษณะทั่วไป ประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ และศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา จำนวน 206 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม อสม. จำนวน 103 ราย และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 103 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2557 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพ โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

4.2 คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป

4.3 ผลวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอ

อำเภอที่สุ่มได้	ตำบลที่สุ่มได้	กลุ่ม อสม.		กลุ่มประชาชนทั่วไป	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อำเภอเมือง	ตำบลที่ 1 ก	18	17.5	18	17.5
	ตำบลที่ 2 ก	18	17.5	18	17.5
อำเภอเชียงคำ	ตำบลที่ 1 ข	17	16.5	17	16.5
	ตำบลที่ 2 ข	16	15.5	16	15.5
อำเภอเชียงม่วน	ตำบลที่ 1 ค	17	16.5	17	16.5
	ตำบลที่ 2 ค	17	16.5	17	16.5
รวม		**103**	**100**	**103**	**100**

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 206 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.0 จำแนกเป็นกลุ่ม อสม. จำนวน 103 ราย และ

กลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 103 ราย แยกเป็นอำเภอเมือง จำนวน 72 ราย อำเภอเชียงคำ จำนวน 66 ราย และอำเภอเชียงม่วน จำนวน 68 ราย (ตารางที่ 4.1)

โดยคุณลักษณะส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความสามารถของบุคคลในด้านต่างๆ การระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรค และสถานะสุขภาพโดยรวม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1.1 เขตที่อยู่อาศัย พบว่า กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปอาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทในสัดส่วนเท่ากัน โดยอาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 49.5 และอาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 50.5 (ตารางที่ 4.2)

4.1.2 เพศ พบว่า กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปเป็นเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนเท่ากัน ในแต่ละกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยคิดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.6 และเพศชาย ร้อยละ 20.4 (ตารางที่ 4.2)

4.1.3 อายุ พบว่า กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป มีอายุใกล้เคียงกัน โดยกลุ่ม อสม. มีอายุเฉลี่ย 47.0 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.63 ปี และกลุ่มประชาชนทั่วไป มีอายุเฉลี่ย 49.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.74 ปี (ตารางที่ 4.2)

4.1.4 สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส คู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 94.2 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 2.9 คู่ แยกกันอยู่ ร้อยละ 1.9 และหย่าร้าง ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส คู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 93.2 รองลงมา คือ หย่าร้าง ร้อยละ 2.9 คู่ แยกกันอยู่ ร้อยละ 1.9 และ หม้าย ร้อยละ 1.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.2)

4.1.5 ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า กลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.4 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 28.2 มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า ร้อยละ 19.4 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.2 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ร้อยละ 21.4 มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า ร้อยละ 17.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.2)

4.1.6 อาชีพหลัก พบว่า กลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักด้านเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 80.6 รองลงมา คือ รับจ้าง ร้อยละ 14.6 ค้าขาย ร้อยละ 3.9 และอาชีพอื่นๆ (แม่บ้าน) ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ในกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักด้านเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 73.8 รองลงมา คือ รับจ้าง ร้อยละ 16.5 ค้าขาย ร้อยละ 6.8 และอาชีพอื่นๆ (แม่บ้าน และว่างงาน) ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.2)

4.1.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) พบว่า กลุ่ม อสม. มีรายได้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป โดยกลุ่ม อสม. มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,076.2 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5,648.38 และ

กลุ่มประชาชนทั่วไป มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,563.1 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4,581.33 (ตารางที่ 4.2)

4.1.8 การระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรค พบว่า กลุ่มประชาชนทั่วไปได้รับการระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคมากกว่ากลุ่ม อสม. โดยกลุ่มประชาชนทั่วไปได้รับการระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคร้อยละ 42.7 ส่วนกลุ่ม อสม. ได้รับการระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรค ร้อยละ 38.8 (ตารางที่ 4.2)

4.1.9 สถานะสุขภาพโดยรวม พบว่า กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปมีสถานะสุขภาพโดยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่ม อสม. มีคะแนนสถานะสุขภาพโดยรวม 8.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.31 คะแนน ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไป มีคะแนนสถานสุขภาพโดยรวม 8.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.37 คะแนน (ตารางที่ 4.2)

4.1.10 ระดับความสามารถของบุคคลในด้านต่างๆ พบว่า กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป มีการประเมินระดับความสามารถของตนเองในด้านต่างๆ อยู่ในระดับพอทำได้ ทำได้ดี และทำได้ดีมาก โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ความสามารถของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการเขียนหนังสือ ส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 44.7 ในด้านการอ่านหนังสือส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 57.3 ในด้านการสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น ส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 48.5 ในด้านการได้ยินเสียงชัดเจน ส่วนใหญ่ทำได้ดีมาก ร้อยละ 51.5 ในด้านการมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน ส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 47.6 ในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ทำได้ดีมาก ร้อยละ 43.7 และในด้านการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ทำได้ดีมาก ร้อยละ 63.1 (ตารางที่ 4.3) และความสามารถของกลุ่มประชาชนทั่วไปในด้านการเขียนหนังสือ ส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 46.6 ในด้านการอ่านหนังสือ ส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 45.6 ในด้านการสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น ส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 46.6 ในด้านการได้ยินเสียงชัดเจน ส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 50.5 ในด้านการมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน ส่วนใหญ่ทำได้ดี ร้อยละ 49.5 ในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ทำได้ดีมาก ร้อยละ 41.7 และในด้านการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ทำได้ดีมาก ร้อยละ 44.7 (ตารางที่ 4.4)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบไคสแคว์ (Chi-square) พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในทุกด้านไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรค และสถานะสุขภาพโดยรวม (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และค่าความน่าจะเป็น (p-value) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=103)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	อสม.	ประชาชนทั่วไป	p-value
เขตที่อยู่อาศัย			1.000
เขตเมือง	51 (49.5)	51 (49.5)	
เขตชนบท	52 (50.5)	52 (50.5)	
เพศ			1.000
ชาย	21 (20.4)	21 (20.4)	
หญิง	82 (79.6)	82 (79.6)	
อายุ (ปี)	47.0 (4.63)	46.9 (4.74)	0.882
สถานภาพสมรส			0.752
คู่ อยู่ด้วยกัน	97 (94.2)	96 (93.2)	
คู่ แยกกันอยู่	2 (1.9)	2 (1.9)	
หม้าย	3 (2.9)	2 (1.9)	
หย่าร้าง	1 (1.0)	3 (2.9)	
ระดับการศึกษาสูงสุด			0.415
ประถมศึกษา	54 (52.4)	63 (61.2)	
มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	20 (19.4)	18 (17.5)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า	29 (28.2)	22 (21.4)	
อาชีพหลัก			0.522
เกษตรกรรม	83 (80.6)	76 (73.8)	
รับจ้าง	15 (14.6)	17 (16.5)	
ค้าขาย	4 (3.9)	7 (6.8)	
อื่นๆ	1 (1.0)	3 (2.9)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	6,076.2 (5,648.38)	5,563.1 (4,581.33)	0.475
การระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์			0.571
ไม่บอกว่าเป็นโรค	63 (61.2)	59 (57.3)	
บอกว่าเป็นโรค	40 (38.8)	44 (42.7)	
สถานะสุขภาพโดยรวม	8.8 (1.31)	8.5 (1.37)	0.064

หมายเหตุ: ที่ระดับนัยสำคัญ < 0.05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ของการประเมินระดับความสามารถด้านต่างๆ ของกลุ่ม อสม.

ความสามารถในด้านต่างๆ	ระดับความสามารถ (n=103) จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่ได้เลย	พอทำได้	ทำได้ดี	ทำได้ดีมาก
การเขียนหนังสือ	0 (0.0)	34 (33.0)	46 (44.7)	23 (22.3)
การอ่านหนังสือ	0 (0.0)	22 (21.4)	59 (57.3)	22 (21.3)
การสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น	0 (0.0)	20 (19.4)	50 (48.5)	33 (32.0)
การได้ยินเสียงชัดเจน	0 (0.0)	6 (5.8)	44 (42.7)	53 (51.5)
การมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน	0 (0.0)	20 (19.4)	49 (47.6)	34 (33.0)
การทำกิจวัตรประจำวัน	0 (0.0)	15 (14.6)	43 (41.7)	45 (43.7)
การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	0 (0.0)	10 (9.7)	28 (27.2)	65 (63.1)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของการประเมินระดับความสามารถด้านต่างๆ ของกลุ่มประชาชนทั่วไป

ความสามารถในด้านต่างๆ	ระดับความสามารถ (n=103) จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่ได้เลย	พอทำได้	ทำได้ดี	ทำได้ดีมาก
การเขียนหนังสือ	0 (0.0)	42 (40.8)	48 (46.6)	13 (12.6)
การอ่านหนังสือ	0 (0.0)	39 (37.9)	47 (45.6)	17 (16.5)
การสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น	0 (0.0)	25 (24.3)	48 (46.6)	30 (29.1)
การได้ยินเสียงชัดเจน	0 (0.0)	14 (13.6)	52 (50.5)	37 (35.9)
การมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน	0 (0.0)	26 (25.2)	51 (49.5)	26 (25.2)
การทำกิจวัตรประจำวัน	0 (0.0)	21 (20.4)	39 (37.9)	43 (41.7)
การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	0 (0.0)	15 (14.6)	42 (40.8)	46 (44.7)

สำหรับความสามารถในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยการทดสอบไคสแคว์ (Chi-square) พบว่า ด้านการเขียนหนังสือ ด้านการสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น การมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน และการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านการอ่านหนังสือ การได้ยินเสียงชัดเจน และการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ผลการทดสอบความแตกต่างการประเมินระดับความสามารถด้านต่างๆ ของกลุ่มประชาชนทั่วไป

ความสามารถในด้านต่างๆ	**p-value**
การเขียนหนังสือ	0.160
การอ่านหนังสือ	0.034*
การสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น	0.691
การได้ยินเสียงชัดเจน	0.035*
การมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน	0.389
การทำกิจวัตรประจำวัน	0.538
การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	0.029*

หมายเหตุ: * ที่ระดับนัยสำคัญ < 0.05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.2 คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป

เมื่อจำแนกคะแนนเฉลี่ยตามองค์ประกอบย่อย 14 องค์ประกอบ พบว่า กลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบมากกว่ากลุ่มประประชาชนทั่วไป (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย Mean±S.D.	
	อสม.(n=103)	ปชท.(n=103)
1. การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ	35.2±5.07	31.9±6.86
2. การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน	39.7±7.39	36.4±8.35
3. ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	32.2±5.86	29.4±7.85
4. ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ	44.5±5.54	41.3±7.26
5. การสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว	40.5±7.08	37.7±8.57
6. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	56.6±9.83	52.1±15.18
7. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	32.3±5.26	29.4±6.78
8. ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ	44.0±5.37	41.9±6.85
9. ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ	34.3±5.02	32.6±5.63
10. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	39.1±7.27	36.3±8.28
11. ความเครียด	33.7±5.19	32.0±5.93
12. อุปสรรคและความสามารถในการเดินทาง	42.5±6.69	40.1±8.84
13. การใช้ยา	45.3±5.41	43.5±6.39
14. สมุนไพรและอาหารเสริม	36.8±8.80	32.9±10.86
รวมคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพ	**565.3±77.13**	**526.0±94.45**

หมายเหตุ: ปชท. หมายถึง ประชาชนทั่วไป

เมื่อปรับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพเป็นคะแนนมาตรฐานเต็ม 10 คะแนน พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในองค์ประกอบด้านการใช้ยาสูงกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 4.7)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4.7 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบ เมื่อปรับเป็นคะแนนมาตรฐานเต็ม 10 คะแนน

องค์ประกอบ	**คะแนนเฉลี่ย Mean±S.D.**	
	อสม.(n=103)	**ปชท.(n=103)**
1. การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ	8.8±1.26	7.9±1.71
2. การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน	6.6±1.23	6.0±1.39
3. ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	8.0±1.46	7.3±1.96
4. ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ	8.9±1.10	8.2±1.45
5. การสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว	8.1±1.41	7.5±1.71
6. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	8.0±1.40	7.4±2.16
7. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	8.0±1.40	7.3±1.69
8. ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ	8.8±1.07	8.3±1.37
9. ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ	8.5±1.25	8.1±1.40
10. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	7.8±1.45	7.2±1.65
11. ความเครียด	8.4±1.29	8.0±1.48
12. อุปสรรคและความสามารถในการเดินทาง	8.5±1.33	8.0±1.76
13. การใช้ยา	9.0±1.08	8.7±1.27
14. สมุนไพรและอาหารเสริม	7.3±1.76	6.5±2.17
รวมคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพ	**8.3±1.13**	**7.7±1.38**

หมายเหตุ: ปชท. หมายถึง ประชาชนทั่วไป

โดยในกลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพด้านการใช้ยาสูงที่สุด (9.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08 คะแนน) รองลงมา คือ ด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ (8.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10 คะแนน) ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพและด้านความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (8.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26 คะแนน และ 98.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.07 คะแนน) ตามลำดับ ส่วนองค์ประกอบในด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพน้อยที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (6.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 คะแนน)

ในกลุ่มประชาชนทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพด้านการใช้ยาสูงที่สุด (8.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.27 คะแนน) รองลงมา คือ ด้านความรับผิดชอบของตนเองต่อ

สุขภาพ (8.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.37 คะแนน) และด้านทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ (8.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.45 คะแนน) ตามลำดับ ส่วนองค์ประกอบในด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพน้อยที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (6.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อจำแนกตามข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด (ดังตารางที่ 4.8) ดังนี้

1) การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ พบว่า ในกลุ่ม อสม. ข้อคำถามเรื่องการได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่เป็นปัจจุบัน มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (9.1 คะแนน) และข้อคำถามเรื่องเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลบอกสิทธิการรักษาของทุกครั้งก่อนการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (8.5 คะแนน) ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่า ข้อคำถามเรื่องการรู้ว่าสิทธิการรักษาของสามารถรับบริการจากสถานพยาบาลใดบ้าง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (8.5 คะแนน) และข้อคำถามเรื่องการถามสิทธิการรักษา ก่อนรับการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.3 คะแนน)

2) การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน พบว่า ในกลุ่ม อสม. ข้อคำถามเรื่องเมื่อจำเป็น คุณสามารถหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจากคนรอบข้างได้ทันต้องการ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.2 คะแนน) และข้อคำถามเรื่องสามารถหาอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพได้สะดวก มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.7 คะแนน) ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่า ข้อคำถามในเรื่องการสามารถซื้ออาหารสดหรืออาหารปรุงสำเร็จที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจากบริเวณที่อาศัยหรือที่ทำงานมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (7.9 คะแนน) และข้อคำถามเรื่องการมีที่ออกกำลังกายที่ดีและไปได้สะดวก มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (6.8 คะแนน)

3) ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป ข้อคำถามเรื่องการรู้ช่องทาง การติดต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล เมื่อมีปัญหาสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.9 และ 7.3 คะแนน ตามลำดับ) และข้อคำถามเรื่องการรู้ว่าจะทำอย่างไรให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลมาดูแลที่บ้านในเวลาที่คุณต้องการ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.3 และ 6.7 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

4) ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ พบว่า ในกลุ่ม อสม. ข้อคำถามเรื่องได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหมอ หรือพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (9.2 คะแนน) ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่า ข้อคำถามในเรื่องการเข้าใจคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (8.6 คะแนน) และพบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการขอให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลบอกข้อมูลที่ตรวจพบให้คุณเข้าใจได้ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (8.5 และ 7.7 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

Chulalongkorn University

5) การสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการรู้คนในบ้านทุกคนดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (9.0 และ 8.7 คะแนน ตามลำดับ) และข้อคำถามเรื่องการหาคนมาช่วยดูแลสุขภาพยามต้องการมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.6 และ 7.0 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

6) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า ในกลุ่ม อสม. ข้อคำถามเรื่องการได้รับข้อมูลจากหลายช่องทางที่กระตุ้นให้คุณอยากดูแลสุขภาพตัวเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.5 คะแนน) ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่า ข้อคำถามในเรื่องการหาข้อมูลสุขภาพของสินค้า เพื่อรู้ประโยชน์และโทษก่อนซื้อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (8.9 คะแนน) และพบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากรายการทีวี มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.3 และ 6.4 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

7) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการเลือกใช้ความรู้สุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.7 และ 7.9 คะแนน ตามลำดับ) และข้อคำถามเรื่องการรู้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.3 และ 6.8 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

8) ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการเชื่อว่าสุขภาพดีเกิดจากการปฏิบัติด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (9.2 และ 8.6 คะแนน ตามลำดับ) และข้อคำถามเรื่องการมีวิธีช่วยในการจดจำคำแนะนำจากหมอ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (8.4 และ 8.0 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

9) ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการเลือกกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.8 และ 8.4 คะแนน ตามลำดับ) และข้อคำถามเรื่องการรู้ว่าอาหารอะไรที่ให้พลังงานเพียงพอแก่คุณในแต่ละมื้อ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (8.0 และ 7.4 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

10) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.4 และ 7.8 คะแนน ตามลำดับ) และข้อคำถามเรื่องทุกวันคุณออกกำลังกายจนรู้สึกหายใจเร็วขึ้นได้ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.0 และ 6.5 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

11) ความเครียด พบว่า ในกลุ่ม อสม. ข้อคำถามเรื่องการสามารถทำให้ชีวิตของคุณมีความสุขมาก มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.7 คะแนน) และข้อคำถามเรื่องการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นกับคุณได้ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.9 คะแนน) ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่า ข้อคำถามในเรื่องแม้ว่าคุณมีความเครียด คุณก็ยังดูแลสุขภาพตนเองได้ดี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (8.4 คะแนน) และข้อคำถามเรื่องการรู้จักวิธีคลายเครียดมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.6 คะแนน)

12) อุปสรรคและความสามารถในการเดินทาง พบว่า ในกลุ่ม อสม. ข้อคำถามเรื่องเดินทางออกนอกบ้านเพื่อไปติดต่อธุระได้ดี มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.8 คะแนน) ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า พูดคุยกับหมอเกี่ยวกับการกินยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (8.5 คะแนน) และพบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องเมื่อคุณต้องไปหาหมอ คุณมีเงินพอจ่ายค่าเดินทาง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (7.6 และ 7.2 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

13) การใช้ยา พบว่า ในกลุ่ม อสม. ข้อคำถามเรื่องการมีวิธีการกินยาตามหมอสั่งได้อย่างถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (9.3 คะแนน) ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า การกินยาตามที่หมอสั่งอย่างตรงเวลามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (9.1 คะแนน) และพบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการปรึกษาหมอ หรือพยาบาล ทุกครั้งก่อนที่จะหยุดยา มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (8.7 และ 7.9 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

14) สมุนไพรและอาหารเสริม พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปข้อคำถามเรื่องการรู้วิธีการกินสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่ปลอดภัย มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (8.1 และ 7.1 คะแนน ตามลำดับ) และข้อคำถามเรื่องการพูดคุยกับหมอเกี่ยวกับการกินยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (6.6 และ 5.7 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน

ตารางที่ 4.8 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย Mean±S.D.	
	อสม.(n=103)	ปชท.(n=103)
1. การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ		
-ถามสิทธิการรักษา ก่อนรับการรักษา	8.6±1.84	7.3±2.77
-ได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่เป็นปัจจุบัน	9.1±1.24	8.5±1.78
-รู้ว่าสิทธิการรักษาสามารถรับบริการจากสถานพยาบาลใด	8.8±1.56	8.2±1.94
-เจ้าหน้าที่บอกสิทธิการรักษาทุกครั้งก่อนรักษา	8.5±2.03	7.8±2.43
2. การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน		
-มีที่ออกกำลังกายที่ดีและไปได้สะดวก	7.8±2.24	6.8±2.61
-สามารถหาอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพได้สะดวก	7.7±2.03	6.9±2.62
-เมื่อจำเป็น สามารถหาความช่วยเหลือจากคนรอบข้างได้	8.2±1.97	7.8±2.14
-เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในบริเวณที่อาศัยหรือที่ทำงาน	8.0±2.09	6.9±2.39

ตารางที่ 4.8 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ (ต่อ)

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย Mean±S.D.	
	อสม.(n=103)	ปชท.(n=103)
-สามารถซื้ออาหารสดหรืออาหารปรุงสำเร็จที่มีประโยชน์	7.9±2.21	7.9±2.14
-รับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากละแวกบ้าน หรือที่ทำงาน	7.8±1.89	7.4±2.14
3. ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ		
-รู้ว่าจะติดต่อหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลได้อย่างไร	8.1±1.82	7.3±2.36
-รู้ช่องทาง การติดต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล	8.9±1.47	8.2±2.08
-รู้ว่าจะทำอย่างไรให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลมาดูแลที่บ้าน	7.3±2.35	6.7±2.70
-หาข้อมูลเกี่ยวกับหมอหรือโรงพยาบาล ก่อนไปหาหมอ	7.7±2.55	7.2±2.77
4. ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ		
-เข้าใจคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล	9.0±1.34	8.6±1.59
-ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหมอ หรือพยาบาล	9.2±1.22	8.3±1.89
-นำคำแนะนำของหมอหรือพยาบาลไปใช้ในชีวิตประจำวัน	8.9±1.35	8.4±1.82
-สามารถขอให้เจ้าหน้าที่บอกข้อมูลที่ตรวจพบให้คุณเข้าใจได้	8.5±1.75	7.7±2.23
-กล้าซักถามข้อสงสัยในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่	8.7±1.45	8.2±2.11
5. การสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว		
-เพื่อนหรือคนรู้จักปรึกษาเรื่องสุขภาพได้ยามต้องการ	8.2±2.05	7.7±2.19
-สามารถหาคนมาช่วยดูแลสุขภาพยามต้องการ	7.6±2.42	7.0±2.64
-มีคนใกล้ชิดบอกความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของคุณ	7.8±2.07	7.2±2.66
-คนในบ้านทุกคนดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน	9.0±1.43	8.7±1.49
-พูดคุยกับคนใกล้ชิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	8.6±1.44	8.0±2.16
6. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ		
-ค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหลายช่องทาง	8.3±1.66	7.4±1.95
-เข้าใจความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อสิ่งพิมพ์	7.7±2.24	7.1±2.40
-หาข้อมูลสุขภาพของสินค้า เพื่อรู้ประโยชน์และโทษก่อนซื้อ	8.3±2.00	8.9±9.18
-หาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากรายการทีวี	7.3±2.26	6.4±2.64
-รู้จักแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย	8.2±1.71	7.5±2.33
-ได้รับข้อมูลจากหลายช่องทางที่กระตุ้นให้อยากดูแลสุขภาพ	8.5±1.58	7.5±2.57

ตารางที่ 4.8 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ (ต่อ)

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย Mean±S.D.	
	อสม.(n=103)	ปชท.(n=103)
-รู้วิธีหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้อย่างรวดเร็ว	8.1±1.77	7.2±2.31
7. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ		
-รู้แหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือ	8.2±1.71	7.4±1.99
-ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความรู้	7.9±1.79	7.2±2.27
-เลือกใช้ความรู้สุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ	8.7±1.39	7.9±2.05
-รู้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	7.3±2.00	6.8±2.31
8. ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ		
-พยายามสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของคุณ	8.7±1.47	8.4±1.67
-รู้ว่าสิ่งใดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในชีวิตประจำวัน	8.6±1.99	8.3±1.75
-เชื่อว่าสุขภาพดีเกิดจากการปฏิบัติด้วยตนเอง	9.2±1.32	8.6±1.76
-แม้ว่าจะใช้ชีวิตได้ตามปกติ ก็ต้องดูแลสุขภาพตนเองให้ดี	9.0±1.33	8.5±1.86
-มีวิธีช่วยในการจดจำคำแนะนำจากหมอ	8.4±1.61	8.0±1.80
9. ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ		
-เลือกกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ	8.8±1.46	8.4±1.60
-กินอาหารเป็นเวลา	8.5±1.67	8.4±1.67
-รู้ว่าอาหารใดที่มีประโยชน์ หรือมีโทษต่อสุขภาพ	8.8±1.80	8.2±2.18
-รู้ว่าอาหารอะไรที่ให้พลังงานเพียงพอแก่คุณในแต่ละมื้อ	8.0±2.25	7.4±2.23
10. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ		
-สามารถกำจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการออกกำลังกายของคุณ	7.3±2.26	6.9±2.38
-ทุกวันออกกำลังกายจนรู้สึกหายใจเร็วขึ้นได้	7.0±2.20	6.5±2.51
-รู้ว่าควรออกกำลังกายมากเท่าไรต่อสัปดาห์	7.6±2.45	7.0±2.34
-เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเอง	8.4±1.69	7.8±2.01
-รู้ว่าจะกระตุ้นตัวเองให้ออกกำลังกายได้	7.8±1.90	7.0±2.43
11. ความเครียด		
-จัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้	7.9±1.81	7.6±1.90
-สามารถทำให้ชีวิตของคุณมีความสุขมาก	8.7±1.50	8.3±1.80

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4.8 คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ (ต่อ)

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย Mean±S.D.	
	อสม.(n=103)	ปชท.(n=103)
-รู้จักวิธีคลายเครียด	8.2±1.80	7.6±2.12
12. อุปสรรคและความสามารถในการเดินทาง		
-เดินทางออกนอกบ้านได้อย่างปลอดภัย	8.6±1.64	8.5±1.99
-เมื่อต้องไปหาหมอ มีเงินพอจ่ายค่าเดินทาง	7.6±2.31	7.2±2.58
-รู้วิธีการไปไหนมาไหนได้อย่างปลอดภัย	8.7±1.70	8.1±2.13
-มีความสะดวกในการเดินทางและพบหมอ	8.6±1.79	8.1±2.27
-เดินทางออกนอกบ้านเพื่อไปติดต่อธุระได้ดี	8.8±1.71	8.1±2.04
13. การใช้ยา		
-เข้าใจวิธีกินยา จากฉลากยา	9.2±1.40	9.0±1.55
-กินยาตามที่หมอสั่งอย่างตรงเวลา	9.2±1.27	9.1±1.34
-มีวิธีการเตือนให้กินยาตรงเวลา และขนาดตามที่หมอสั่ง	8.7±1.48	8.5±1.85
-มีวิธีการกินยาตามหมอสั่งได้อย่างถูกต้อง	9.3±1.13	8.8±1.58
-ปรึกษาหมอ หรือพยาบาล ทุกครั้งก่อนที่จะหยุดยา	8.7±1.70	7.9±2.16
14. สมุนไพรและอาหารเสริม		
-พูดคุยกับหมอเกี่ยวกับการกินยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม	6.6±2.59	5.7±2.94
-รู้วิธีการกินสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่ปลอดภัย	8.1±2.15	7.1±2.48
-รู้จักแหล่งความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร หรืออาหารเสริม	7.2±2.14	6.6±2.76
-รู้ว่าจะหาสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่ปลอดภัยได้จากที่ไหน	7.1±2.42	6.4±2.69
-หาความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่มีประโยชน์	7.7±2.27	7.0±2.50

และเมื่อจำแนกระดับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium ซึ่งสามารถแบ่งระดับความแตกฉานทางสุขภาพเป็น 4 ระดับ โดย

-0.0-5.0 คะแนน (ไม่เกิน ร้อยละ 50) หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ

-มากกว่า 5.0-6.7 คะแนน (มากกว่า ร้อยละ 50-67) หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังเป็นปัญหา

-มากกว่า 6.7-8.4 คะแนน (มากกว่า ร้อยละ 67-84) หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ

-มากกว่า 8.4-10.0 คะแนน (มากกว่า ร้อยละ 84-10) หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับดีมาก

พบว่า ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 54.4 รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 35.9 และความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังเป็นปัญหา ร้อยละ 9.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่มีระดับความแตกฉานในระดับดีมาก ร้อยละ 39.8 รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 35.0 ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังเป็นปัญหา ร้อยละ 21.4 และความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 จำแนกคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium

ระดับความแตกฉานทางสุขภาพ	**อสม.** **จำนวน (ร้อยละ)**	**ประชาชนทั่วไป** **จำนวน (ร้อยละ)**
ระดับที่ไม่เพียงพอ	0 (0.0)	4 (3.9)
ระดับที่ยังเป็นปัญหา	10 (9.7)	22 (21.4)
ระดับที่เพียงพอ	37 (35.9)	36 (35.0)
ระดับดีมาก	56 (54.4)	41 (39.8)
รวม	**103 (100.0)**	**103 (100.0)**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.3 ผลวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป

พบว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพ 565.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 77.14 คะแนน และกลุ่มประชาชนทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพ 526.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 94.45 คะแนน เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยใช้สถิติทดสอบที (Unpaired T-test) พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยใช้สถิติทดสอบที (Unpaired T-test)

กลุ่ม	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าสถิติ (t)	p-value
อสม.	103	565.4	77.14	3.274	0.001
ประชาชนทั่วไป	103	526.0	94.45		

หมายเหตุ: ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำแนกตามองค์ประกอบ พบว่า กลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ในทุกองค์ประกอบ (ตารางที่ 4.11)

และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium พบว่า กลุ่ม อสม. มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05 (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำแนกตามองค์ประกอบ โดยใช้สถิติทดสอบที (Unpaired T-test)

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย Mean±S.D.			
	อสม. (n=103)	ปชท. (n=103)	Difference	p-value
1. การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพ	35.2±5.07	31.9±6.86	3.25	<0.001
2. การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน	39.7±7.39	36.4±8.35	3.34	0.003
3. ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ	32.2±5.86	29.4±7.85	2.71	0.005
4. ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ	44.5±5.54	41.3±7.26	3.20	<0.001
5. การสนับสนุนสุขภาพในครอบครัว	40.5±7.08	37.7±8.57	2.84	0.010
6. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	56.5±9.83	52.1±15.18	4.46	0.013
7. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ	32.3±5.26	29.4±6.78	2.83	0.001
8. ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ	44.0±5.37	41.9±6.85	2.09	0.015
9. ความสามารถในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ	34.3±5.02	32.6±5.63	1.66	0.026
10. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	39.1±7.27	36.3±8.28	2.81	0.010
11. ความเครียด	33.7±5.19	32.0±5.93	1.73	0.027
12. อุปสรรคและความสามารถในการเดินทาง	42.5±6.69	40.1±8.84	2.40	0.029
13. การใช้ยา	45.3±5.41	43.5±6.39	1.85	0.026
14. สมุนไพรและอาหารเสริม	36.8±8.80	32.9±10.88	3.84	0.006

หมายเหตุ: ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium

ระดับความแตกฉานทางสุขภาพ	**อสม.** **จำนวน (ร้อยละ)**	**ประชาชนทั่วไป** **จำนวน (ร้อยละ)**	**p-value**
ระดับ			0.013
ไม่เพียงพอ	0 (0.0)	4 (3.9)	
ยังเป็นปัญหา	10 (9.7)	22 (21.4)	
เพียงพอ	37 (35.9)	36 (35.0)	
ดีมาก	56 (54.4)	41 (39.8)	
รวม	**103 (100)**	**103 (100.0)**	

หมายเหตุ: ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Analytic Study) เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไป ประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ และศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา จำนวน 206 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม อสม. จำนวน 103 ราย และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 103 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2557 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพ โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่ม มีรายละเอียดการสรุปผล ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

5.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 206 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 208 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.0 แยกเป็นอำเภอเมือง จำนวน 72 ราย อำเภอเชียงคำ จำนวน 66 ราย และอำเภอเชียงม่วน จำนวน 68 ราย จำแนกเป็นกลุ่ม อสม. จำนวน 103 ราย และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 103 ราย

กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปอาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทในสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 50.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.6 โดยกลุ่ม อสม. มีอายุเฉลี่ย 47.0 ปี และกลุ่มประชาชนทั่วไป มีอายุเฉลี่ย 49.6 ปี ทั้งกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 94.2 และร้อยละ 93.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.4 และร้อยละ 61.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลักด้านเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 80.6 และร้อยละ 73.8

ตามลำดับกลุ่ม อสม. มีรายได้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,076.2 บาท และ 5,563.1 บาท ตามลำดับ กลุ่มประชาชนทั่วไปได้รับการระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคมากกว่ากลุ่ม อสม. โดยได้รับการระบุหรือได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรค ร้อยละ 42.7 และร้อยละ 38.8 ตามลำดับ กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป มีสถานะสุขภาพโดยใกล้เคียงกัน โดยมีคะแนนสถานะสุขภาพโดยรวม 8.8 คะแนน และ 8.5 คะแนน ตามลำดับ

กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป มีการประเมินระดับความสามารถของตนเองในด้านต่างๆ ตั้งแต่ระดับพอทำได้ ทำได้ดี และทำได้ดีมาก โดยในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินระดับความสามารถของตนเองในระดับดีมาก เพียง 3 ด้าน คือ ด้านการได้ยินเสียงชัดเจน (ร้อยละ 51.5) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 43.7) และในด้านการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง (ร้อยละ 63.1) ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินระดับความสามารถของตนเองในระดับดีมาก เพียง 2 ด้าน คือ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 41.7) และด้านการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง (ร้อยละ 44.7)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบไคสแคว์ (Chi-square) พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในทุกด้านไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ สำหรับความสามารถในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยการทดสอบไคสแคว์ (Chi-square) พบว่า ด้านการเขียนหนังสือ ด้านการสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น การมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน และการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านการอ่านหนังสือ การได้ยินเสียงชัดเจน และการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ $p < 0.05$

Chulalongkorn University

5.1.2 คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป

เมื่อจำแนกคะแนนเฉลี่ยตามองค์ประกอบย่อย 14 องค์ประกอบ พบว่ากลุ่ม อสม. มีระดับคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ เมื่อปรับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพเป็นคะแนนมาตรฐานเต็ม 10 คะแนน พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในองค์ประกอบด้านการใช้ยาสูงกว่าองค์ประกอบด้านอื่นๆ เช่นเดียวกัน

โดยในกลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพด้านการใช้ยาสูงที่สุด (9.0 คะแนน) รองลงมา คือ ทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ (8.9 คะแนน) และการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานทางสุขภาพและความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (8.8 คะแนน) และด้านที่น้อยที่สุด

คือ การสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (6.6 คะแนน) รองลงมา คือ สมุนไพรและอาหารเสริม (7.3 คะแนน) และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (7.8 คะแนน)

ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพด้านการใช้ยาสูงที่สุด (8.7 คะแนน) รองลงมา คือ ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (8.3 คะแนน) และทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ (8.2 คะแนน) และด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (6.0 คะแนน) รองลงมา คือ สมุนไพรและอาหารเสริม (6.5 คะแนน) และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (7.2 คะแนน)

เมื่อจำแนกระดับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium พบว่า ในกลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 54.4 รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 35.9 และความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังเป็นปัญหา ร้อยละ 9.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่มีระดับความแตกฉานในระดับดีมาก ร้อยละ 39.8 รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 35.0 ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังเป็นปัญหา ร้อยละ 21.4 และความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ

5.1.3 ผลวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า กลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกับกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05 เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามองค์ประกอบ พบว่า กลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพทุกองค์ประกอบแตกต่างกับกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium พบว่า กลุ่ม อสม. มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05

5.2 อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจและเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 206 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 208 ราย จำแนกเป็นกลุ่ม อสม. จำนวน 103 ราย และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 103 ราย คิด

เป็นร้อยละ 99.0 ซึ่งถือว่ามีจำนวนใกล้เคียงกับขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จึงถือได้ว่าผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้ อภิปรายผลได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.2.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา และมีอาชีพหลักด้านเกษตรกรรมมากที่สุด สอดคล้องกับสรุปฐานข้อมูลประชากรของจังหวัดพะเยา ซึ่งพบว่า จังหวัดพะเยามีประชากรเพศหญิง ร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักด้านเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 54.6 มีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 39.6 และมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 45-54 ปี ร้อยละ 18.3 และสอดคล้องกับสรุปฐานข้อมูล อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระบบสารสนเทศ งานสุขภาพภาคประชาชน[27] ตามรายจังหวัดทั่วประเทศ พบว่า จังหวัดพะเยามี อสม. เพศหญิง ร้อยละ 69.9 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 84.7 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 80.0 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 46.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.43 และผลการศึกษาลักษณะทั่วไปในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับรายงานการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่างสำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง โดยศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.7 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 52.4 และมีอายุเฉลี่ย 47.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.5 ปี)

จากสรุปผลการศึกษา เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบไคสแคว์ (Chi-square) พบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในทุกด้านไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน

ในด้านความสามารถในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ด้านการเขียนหนังสือ ด้านการอ่านหนังสือ ด้านการสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น ด้านการได้ยินเสียงชัดเจน ด้านการมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินตนเองอยู่ในระดับทำได้ดีถึงดีมาก สอดคล้องกับรายงานการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) โดยศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประเมินความสามารถด้าน

ต่างๆ ของตนเองอยู่ในช่วงปานกลางถึงดี (แบ่งระดับการประเมินออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ อยู่ในระดับไม่ดี อยู่ในระดับปานกลาง และอยู่ในระดับดี)

จากสรุปผลการศึกษา สำหรับความสามารถในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่าง ด้วยการทดสอบไคสแคว์ (Chi-square) พบว่า ด้านการเขียนหนังสือ ด้านการสื่อสารพูดคุยกับคนอื่น การมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน และการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านการอ่านหนังสือ การได้ยินเสียงชัดเจน และการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งความสามารถในด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในบางด้านมีความแตกต่างกัน ถือเป็นข้อจำกัดของผู้วิจัย เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ และการนำผลการศึกษาไปใช้จึงต้องระมัดระวังในส่วนนี้ด้วย

5.2.2 คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป

เมื่อจำแนกคะแนนเฉลี่ยตามองค์ประกอบย่อย 14 องค์ประกอบ พบว่ากลุ่ม อสม. มีระดับคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป

เมื่อปรับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพเป็นคะแนนมาตรฐานเต็ม 10 คะแนน พบว่า ทั้งในกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในองค์ประกอบด้านการใช้ยาสูงที่สุด และองค์ประกอบด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชนน้อยที่สุด เช่นเดียวกัน

ทั้งนี้เนื่องจากแบบประเมินองค์ประกอบด้านการใช้ยา มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการเข้าใจวิธีกินยาจากฉลากยา การทานยาตามที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาให้ตรงเวลา การรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้อย่างถูกต้อง และการปรึกษาแพทย์เมื่อต้องการหยุดยา โดยผู้วิจัยคาดว่าเหตุผลสำคัญประการหนึ่ง ที่ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในส่วนขององค์ประกอบด้านการใช้ยามีคะแนนเฉลี่ยสูง เนื่องจากวิถีชีวิตของประชากรเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในการรักษาโรคบ่อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ที่พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในด้านการใช้ยา โดยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงเป็นอันดับ 3 จากองค์ประกอบทั้งหมด 17 ด้านเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงถึง 8.3 จาก 10 คะแนนเต็ม รองจากความแตกฉานด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน (8.5 คะแนน) และด้านความสามารถในการเดินทาง (8.5 คะแนน)

ส่วนองค์ประกอบด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพน้อยที่สุดเมื่อปรับเป็นคะแนนมาตรฐาน เนื่องจากมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการมีสถานที่ออกกำลังกายที่ดีและไปได้สะดวก ความสามารถในการจัดหาอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ ความจำเป็นในการหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจากคนรอบข้างได้ทันต้องการ การเข้าร่วม

กิจกรรมสุขภาพที่มีอยู่บริเวณที่อาศัยหรือที่ทำงาน ความสามารถในการหาซื้ออาหารสดหรืออาหารปรุงสำเร็จที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจากบริเวณที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน และการรับรู้ข่าวสารสุขภาพจากละแวกบ้านหรือที่ทำงาน ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ พบว่า แตกต่างจากการศึกษาของศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพด้านสมุนไพรและอาหารเสริมน้อยที่สุด (5.0 คะแนน) แต่เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน (7.3 คะแนน) พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (6.6 คะแนน)

จากสรุปผลการศึกษา จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ด้านการใช้ยา ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ และทักษะในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย คือ ด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน รองลงมา คือ สมุนไพรและอาหารเสริม และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสุขภาพจากแหล่งเดียวกัน จึงส่งผลให้องค์ประกอบด้านความแตกฉานทางสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรกจึงถือได้ว่าเป็นจุดแข็งในการนำผลการศึกษาไปพัฒนา เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านความแตกฉานทางสุขภาพ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพสูงสุด 3 อันดับสุดท้ายถือได้ว่าเป็นจุดอ่อน จึงควรนำองค์ประกอบเหล่านี้มาปรับปรุงเพื่อพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพในพื้นที่ต่อไป เช่น

ในองค์ประกอบด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน ควรมีการปรับปรุง พัฒนา และส่งเสริมเรื่องแนวทางการหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจากคนรอบข้างได้ทันต้องการเมื่อจำเป็น การจัดสถานที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกายที่ดี ไปได้สะดวก และมีอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพได้โดยสะดวก มีการจัดอบรมให้สุขศึกษาเพื่อเพิ่มทักษะด้านความสามารถในการซื้ออาหารสดหรือวิธีการเลือกอาหารปรุงสำเร็จที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจากบริเวณที่อาศัยหรือที่ทำงาน เป็นต้น

ในองค์ประกอบด้านสมุนไพรและอาหารเสริม ควรมีการปรับปรุง พัฒนา ส่งเสริมความรู้เรื่องวิธีการกินสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ปลอดภัย โดยอาจจะจัดอบรมโดยแพทย์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประชาชนกับแพทย์เกี่ยวกับการกินยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม

ในองค์ประกอบด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ นอกจากจะจัดสถานที่ให้เอื้อต่อการออกกำลังกายและไปได้สะดวกแล้ว ควรมีการปรับปรุง พัฒนา และส่งเสริมความรู้เรื่องการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเอง และระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมหรือการออกกำลังกายจนรู้สึกหายใจเร็วขึ้น เป็นต้น

เมื่อจำแนกระดับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium พบว่า ในกลุ่ม อสม. ส่วนใหญ่มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับดีมาก ร้อยละ 54.4 รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 35.9 และความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังเป็นปัญหา ร้อยละ 9.7 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่มีระดับความแตกฉานในระดับดีมาก ร้อยละ 39.8 รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ร้อยละ 35.0 ความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังเป็นปัญหา ร้อยละ 21.4 และความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ

เมื่อจำแนกคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium พบว่า มีแนวโน้มขัดแย้งกับผลการศึกษาของโครงการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพแห่งยุโรป (2012) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ดีมาก และมีเพียงในกลุ่มประชาชนเท่านั้นที่พบว่ามีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่ยังไม่เพียงพอ แต่ก็พบเพียงร้อยละ 3.9 ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาเท่านั้น ในขณะที่ ผลการสำรวจความแตกฉานทางสุขภาพในประชากร 8 ประเทศของยุโรป ในปี ค.ศ. 2011 พบว่า ร้อยละ 2-27 ของประชากรยุโรปมีข้อจำกัดของความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ยังไม่เพียงพอ และร้อยละ 29-62 มีข้อจำกัดของความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ยังไม่เพียงพอและยังเป็นปัญหาอยู่

รวมถึงขัดแย้งกับผลการศึกษาของ สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และมนทน์ดวงพัฒน์ อุ่นพรมมี (2008) ที่ศึกษาความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ผลการศึกษาวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับจำกัด หากเปรียบนักศึกษาพยาบาลกับกลุ่ม อสม. ซึ่งในการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลจะมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นหลัก

จากสรุปผลการศึกษา เมื่อจำแนกระดับคะแนนความแตกฉานทางสุขภาพโดยอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งของ HLS-EU Consortium จะพบว่า ในกลุ่ม อสม. จะมีคะแนนเฉลี่ยทุกข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับที่มีความแตกฉานทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอและในระดับที่ดีมาก ในขณะที่กลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยบางข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับที่ยังเป็นปัญหา ได้แก่ องค์ประกอบด้านความสามารถในการมารับบริการ (วิธีการที่จะให้เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลมาดูแลที่บ้าน) องค์ประกอบด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล (การหาความรู้สุขภาพจากรายการทีวี) องค์ประกอบด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องจนรู้สึกหายใจเร็วขึ้น) และองค์ประกอบด้านสมุนไพรและอาหารเสริม (การพูดคุยกับแพทย์เกี่ยวกับการกินยาสมุนไพรและอาหารเสริม แหล่งความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม และ

แหล่งสมุนไพรและอาหารเสริมที่ปลอดภัย) ซึ่งควรนำประเด็นความแตกฉานทางสุขภาพเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผน จัดอบรม โครงการ ให้ความรู้แก่ประชาชนต่อไป

5.2.3 ผลวิเคราะห์การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่า กลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพเฉลี่ยแตกต่างกับกลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05

เมื่อจำแนกคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพตามองค์ประกอบย่อย 14 องค์ประกอบ พบว่า กลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่ม อสม. คือ บุคคลที่มีคุณสมบัติเฉพาะและได้รับการคัดเลือกมาแล้วในระดับหนึ่งจากประชาชนในชุมชนไม่น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน รวมถึงได้รับการฝึกอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) คุณสมบัติในการคัดเลือก อสม. เช่น เป็นผู้มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้ ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง เป็นต้น

(2) บทบาทหน้าที่ของ อสม. เช่น เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาหมู่บ้านหรือชุมชนโดยใช้งบประมาณที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบลหรือจากแหล่งอื่นๆ เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน

(3) หลักสูตรมาตรฐานการเป็น อสม. ซึ่งเป็นหลักสูตรมาตรฐานในการฝึกอบรม อสม. ใหม่ ซึ่งเนื้อหาวิชาแบ่งเป็น 2 หมวดใหญ่ ได้แก่ หมวดวิชาหลัก จำนวน 8 วิชา เวลาอบรม 37 ชั่วโมง ประกอบด้วย วิชาการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน วิชาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ อสม. วิชาสุขภาพดีมีสุข วิชาการให้บริการ

สาธารณสุขที่จำเป็น วิชาการสื่อสารในการสาธารณสุขมูลฐาน วิชาการจัดทำแผนหรือโครงการของชุมชน วิชาการบริหารจัดการ และหมวดวิชาเลือก เวลาอบรม 6 ชั่วโมง สอนตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของพื้นที่

(4) บทบาทของ อสม. ยุคใหม่ เช่น มุ่งส่งเสริมบทบาท อสม. ให้ปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นและชุมชน โดยเฉพาะการดูแลแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง สร้างระบบความร่วมมือ เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนโดยใช้แผนสุขภาพตำบลในการแก้ไขปัญหา ผ่านเวทีชุมชนหรือทำข้อตกลงในการจัดการสุขภาพชุมชนร่วมกัน พัฒนาบทบาทประชาชน องค์กร อสม. เป็นแกนนำในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลและขับเคลื่อนร่วมกับบทบาทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสร้างมาตรการทางสังคม มีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชนในเรื่องการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติยา แก้วสมบูรณ์ (2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ผลการศึกษาวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความแตกฉานด้านสุขภาพใน เรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value < 0.001) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยมีความแตกฉานด้านสุขภาพมากขึ้น ซึ่งมีลักษณะเปรียบกลุ่มทดลองเหมือนกลุ่ม อสม. ที่ได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมากกว่าประชาชนทั่วไป รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา แซ่โก (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตาร้อยละ 69.5 มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ และมีเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้นที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ เทียบได้กับกลุ่ม อสม. ที่ใกล้ชิดและทำงานร่วมกับบุคลกรทางการแพทย์ จึงอาจมีผลต่อระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และการที่ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของเชษฐา แก้วพรม และคณะ (2012) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่สามารถระบุการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยสามารถระบุการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ

จากผลการศึกษา การที่กลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.05 ด้วยเพราะกลุ่ม อสม. คือ บุคคลที่มี

คุณสมบัติเฉพาะและได้รับการคัดเลือกมาแล้วในระดับหนึ่งจากประชาชนในชุมชน รวมถึงได้รับการฝึกอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพในทุกองค์ประกอบมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาองค์ประกอบความแตกฉานทางสุขภาพที่ต่ำสุด 3 อันดับสุดท้าย (ด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน สมุนไพรและอาหารเสริม และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับที่ยังเป็นปัญหาในกลุ่ม อสม. ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างเร่งด่วน เพราะบทบาทหน้าที่หลักประการหนึ่งของกลุ่ม อสม. ในการแก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

(1) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่ม อสม. มีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป ดังนั้น แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ควรนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมิน และพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มประชาชน เพื่อให้กลุ่มประชาชนทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานทางสุขภาพไม่แตกต่างจากกลุ่ม อสม.

(2) ควรมีการปรับปรุง พัฒนา จัดทำโครงการ และเสริมสร้างทักษะความแตกฉานทางสุขภาพที่ได้คะแนนต่ำสุด ในกลุ่ม อสม. โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับที่ยังเป็นปัญหาในกลุ่ม อสม.

(3) จัดให้มีสถานที่ที่เอื้อต่อการออกกำลังกายและไปได้สะดวก ตลอดจนส่งเสริมความรู้เรื่องการเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเอง และระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม

(4) จัดโครงการให้ความรู้ด้านสมุนไพรและอาหารเสริม วิธีการกินสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ปลอดภัย โดยแพทย์หรือนักวิชาการเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประชาชนกับแพทย์เกี่ยวกับการกินยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม

(5) ใช้เป็นข้อมูลเชิงวิชาการ เพื่อแสดงว่า อสม. มีความความแตกฉานทางสุขภาพมากกว่าประชาชนทั่วไป

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำหมู่บ้าน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ ควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนสุขภาพในชุมชน เช่น การจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกายประจำตำบลหรือบ้าน ซึ่งสามารถไปได้สะดวก มีอุปกรณ์พร้อม และนักวิชาการที่คอยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

(2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำหมู่บ้าน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ ต้องมีส่วนร่วมในการจัดกิจรรมส่งเสริมสุขภาพในบริเวณที่พักอาศัยหรือที่ทำงาน

(3) หน่วยงานภาครัฐ ควรมีการรณรงค์ ให้ความรู้ด้านสมุนไพรและอาหารเสริม วิธีการกินสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ปลอดภัย หรือสร้างมาตรการเกี่ยวเกี่ยวกับการควบคุมสมุนไพรและอาหารเสริมมากขึ้น

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

(1) ควรทำการศึกษาปัจจัยด้านระดับความสามารถส่วนบุคคล เช่น การอ่านหนังสือ การได้ยินเสียงชัดเจน การไปไหนมาไหน กับความแตกฉานทางสุขภาพ

(2) ควรทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแตกฉานทางสุขภาพด้านการสนับสนุนสุขภาพในชุมชนและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

(3) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพในประเด็นความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรและอาหารเสริมในเชิงลึกมากขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.

2. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC public health. 2013;13:658.

3. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: The solid facts. The Regional Office for Europe of the World Health Organization: WHO Regional Office for Europe; 2013.

4. Rapporteur (Hernandez L. M.), Roundtable on Health Literacy, Board on Population Health and Public Health Practice, Institute of Medicine. Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2013 9780309284844.

5. Kickbusch I. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. Health Education. 2008;108(2):101-4.

6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 (Thailand Health Lifestyle Strategic Plane, B.E. 2554-2563 [2011-2020]). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.

7. พิสมัย จันทวิมล. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed. กรุงเทพฯ: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.

8. Baker DW, Parker RM, Williams MV. Health literacy and the risk of hospital admission. Journal of general internal medicine. 1998;13(12):791-8.

9. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. Health Promotion International. 2000;15(4):277-83.

10. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

11. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. Journal of General Internal Medicine. 2004;19(12):1228-39.

12. Simonds, S. K. 1974. Health education as social policy. Health Education Monographs 2(Supplement 1):1-10, Cited in Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary: The National Academies Press; 2013.

13. Ratzan, S. C. 2001. Health literacy: Communication for the public good. Health Promotion International 16(2):207-214. Cited in Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary. 2013: The National Academies Press. 2013.

14. Pleasant, A. 2011. Health literacy: An opportunity to improve individual, community, and global health. Adult Education for Health and Wellness 130(Summer 2011):43-54., Cited in Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary: The National Academies Press; 2013.

15. Pleasant A. Health Literacy Around the World: Part 1 Health Literacy Efforts Outside Of the United States1.

16. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International. 1998;13(4):349-64.

17. Rootman I. Relation between Literacy Skills and the Health of Canadians. Canadian; 2009.

18. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา ความฉลาดทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งแรก ed. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2554.

19. จารุวรรณ กองแก้ว. ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

20. นภาพร วาณิชย์กุล, Batterham R. รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาเครื่องมือประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy): นำเสนอให้กับคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2013.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

21. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ์. ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย. เอกสารวิชาการ งานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552. p. 1-6.

22. World Health Organization. Global strategy for health for all by the year 2000: World Health Organization; 1981.

23. Nondasuta A, Husdee R. Thailand: from policy to implementation. 1990.

24. Desawadi P. Primary health care in Thailand. Health problems in Asia and in the Federal Republic of Germany: how to solve them? Proceedings of a seminar on" Techniques and Problems of Intervention Trials in Developing and Developed Countries", Berlin, 1st July-19th July, 1984. 1985:85-102.

25. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.

26. กระทรวงสาธารณสุข กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ผสส.-อสม. [อินเตอร์เน็ต] กรุงเทพฯ2555 [cited 2 กรกฎาคม 2556]. ปีที่ 30 ฉบับที่ 5 เดือน กุมภาพันธ์ 2555 [Available from: http://phc.moph.go.th/www_hss/frontend/theme/view_information.php?Submit=ViewList&ID_Inf_Nw_SubCategory=0015.

27. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระบบสารสนเทศ งานสุขภาพภาคประชาชน. จำนวน อสม. จำแนกตามระดับการศึกษา ตามรายจังหวัด [อินเตอร์เน็ต] กรุงเทพฯ2556 [cited 2 กรกฎาคม 2556]. Available from: http://www.thaiphc.net/phc/main/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=54.

28. ประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร แยกเป็นกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่าง ๆตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2555. In: กรมการปกครอง, editor. กรุงเทพฯ2556.

29. พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.

30. ประเวศ วะสี. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2543.

31. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific A, American Medical A. Health literacy: Report of the council on scientific affairs. JAMA. 1999;281(6):552-7.

32. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12:80.

33. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nursing & health sciences. 2008;10(3):248-55.

34. กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุขศึกษา. แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. และลดเสี่ยง. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2556.

35. Hernandez LM. Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World - Workshop Summary. 2013.

36. Pleasant, A. and Kuruvilla, S. 2008. A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. Health Promotion International 23(2):152-159., Cited in Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary: The National Academies Press; 2013.

37. Brand, H., and K. Sørensen. 2011. Measuring health literacy in Europe: The development of the HLS-EU tool. http://inthealth.eu/app/download/3310881502/Measuring+Health+Literacy+in+Europe+-+Stockholm+9+3+2010.pdf (accessed October 19, 2011)., Cited in Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary: The National Academies Press; 2013.

38. Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R. Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. Journal of clinical epidemiology. 2011;64(4):366-79.

39. เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. การสาธารณสุขมูลฐาน. ราชบุรี: ธรรมรักษ์การพิมพ์; 2542.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

40. จังหวัดพะเยา. สรุปจังหวัดพะเยา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 2556 [cited 25 กรกฎาคม 2556]. Available from: http://www.phayao.go.th/au/population.php.

41. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ ศ. รายงานการสำรวจความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่างสำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง 2557.

42. HLS-EU Consortium. Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. 2012.

43. เชษฐา แก้วพรม, วราภรณ์ จรเจริญ, โสภิณศิริ ยุทธวิสุทธิ, อรัญญา บุญธรรม, ลลนา ประทุม. ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน:กรณีศึกษาตำบลวันยาวและตำบลวังสรรพรส อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี [รายงานการวิจัย]. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า; 2555.

44. กัญญา แซ่โก. ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.

45. ฐิติยา แก้วสมบูรณ์. โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ปุวยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.

46. สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, มนทน์ดวงพัฒน์ อุ่นพรมมี. ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา [รายงานการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา]: สานักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2551.

47. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2000;55(6):S368-S74.

48. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. JAMA. 1995;274(21):1677-82.

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไป ในจังหวัดพะเยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ
ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

****

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้น เพื่อศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

2. ผู้ตอบแบบสอบถามนี้ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

3. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	11	ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ	จำนวน	68	ข้อ

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในวิทยานิพนธ์เป็นภาพรวมเท่านั้น โดยท่านไม่ต้องระบุชื่อ ข้อมูลและคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเข้าใจของท่าน ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเป็นแนวทางเพิ่มศักยภาพด้านความแตกฉานทางสุขภาพที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุขของจังหวัดพะเยา ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

*****โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนให้เข้าใจ ก่อนตอบแบบสอบถาม*****

INSITTUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056/57
Date of Approval 17 มี.ค. 2557

ขอแสดงความนับถือ
นายนัฐพล ปันสกุล
นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ แขนงสร้างเสริมสุขภาพ
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสแบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่อง ☐ หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์

****

1. บ้านของคุณตั้งอยู่ หมู่ที่..... ตำบล ..... อำเภอ.....

2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

3. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)

4. สถานภาพสมรส

☐ 1. คู่ อยู่ด้วยกัน ☐ 2. คู่ แยกกันอยู่

☐ 3. โสด ☐ 4. หม้าย

☐ 5. หย่าร้าง ☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1. ไม่ได้ศึกษา ☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./เทียบเท่า

☐ 4. อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า ☐ 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

☐ 6. อื่นๆ (ระบุ).....

6. อาชีพหลักของคุณ

☐ 1. เกษตรกรรม ☐ 2. รับจ้าง

☐ 3. ค้าขาย ☐ 4. ไม่มีอาชีพ

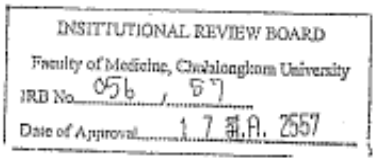
☐ 5. อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของคุณ.....บาท

8. คุณเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช่หรือไม่

☐ 1. ไม่ใช่

☐ 2. ใช่ และเป็น อสม. มาเป็นระยะเวลา.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)



9. ความสามารถของคุณด้านต่างๆ

ความสามารถของคุณ	ระดับความสามารถ			
	ไม่ได้เลย	พอทำได้	ทำได้ดี	ทำได้ดีมาก
คุณเขียนหนังสือ	☐	☐	☐	☐
คุณอ่านหนังสือ	☐	☐	☐	☐
คุณสื่อสาร พูดคุยกับคนอื่น	☐	☐	☐	☐
คุณได้ยินเสียงชัดเจน	☐	☐	☐	☐
คุณมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน	☐	☐	☐	☐
คุณทำกิจวัตรประจำวัน	☐	☐	☐	☐
คุณไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	☐	☐	☐	☐

10. คุณได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคหรือไม่

☐ 1. ไม่บอก

☐ 2. บอก โปรดระบุ 1).....

2).....

3).....

4).....

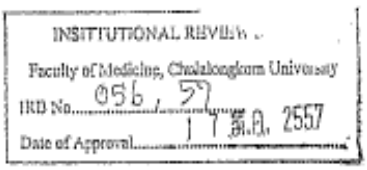
5).....

11. คุณคิดว่าสถานะสุขภาพโดยรวมของคุณเป็นอย่างไร โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่อง ◯ บนหมายเลขที่ตรงกับสุขภาพของคุณมากที่สุด

⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

แย่มาก ทรงๆ ทรุดๆ ดีมาก

ไม่สามารถช่วยตนเองได้ สามารถทำได้ทุกอย่าง



ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความแตกฉานทางสุขภาพ

ในการดูแลสุขภาพของตัวคุณเอง คุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ โทรทัศน์ อินเตอร์เน็ต หรือบุคคลที่พูดคุยกับคุณ ทั้งในชุมชนที่คุณอาศัยอยู่ สถานที่ทำงาน สถานพยาบาล (โรงพยาบาล คลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) หรือในบ้านของคุณเอง คุณสามารถนำข้อมูลความรู้ที่ได้ มาใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างไร หรือนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อรักษาสุขภาพให้ดี ป้องกันการเป็นโรค หรือทำให้โรคที่คุณเป็นอยู่ไม่เกิดความรุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาข้อความในแต่ละข้อว่า คุณเห็นด้วย-ไม่เห็นด้วย มากน้อยเพียงใด โดยการทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่อง ○ บนหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด จากระดับคะแนนทั้ง 11 ระดับ หรือลงในช่อง □ ในกรณีที่ไม่ตอบ/ไม่ทราบ/ไม่เกี่ยวข้อง

น้อยที่สุด ⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ **มากที่สุด**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

ข้อ	ข้อความ	น้อยที่สุด ... มากที่สุด	ไม่ตอบ
1.	คุณรู้แหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	□
2.	คุณพูดคุยกับหมอเกี่ยวกับการกินยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	□
3.	คุณเดินทางออกนอกบ้านได้อย่างปลอดภัย	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	□
4.	คุณสามารถกำจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการออกกำลังกายของคุณ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	□
5.	คุณเข้าใจคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	□
6.	คุณตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความรู้	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	□
7.	คุณจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นกับคุณได้	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	□
8.	คุณเลือกกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	□

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056/57
Date of Approval 17 ส.ค. 2557

ข้อ	ข้อความ	น้อยที่สุด มากที่สุด	ไม่ตอบ
56.	คุณมีวิธีช่วยในการจดจำคำแนะนำจากหมอ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
57.	เมื่อคุณต้องไปหาหมอ คุณมีเงินพอจ่ายค่าเดินทาง	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
58.	คุณรู้ว่าจะหาสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่ปลอดภัยได้จากที่ไหน	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
59.	คุณรู้วิธีการไปไหนมาไหนได้อย่างปลอดภัย	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
60.	เจ้าหน้าที่สถานพยาบาลบอกสิทธิการรักษาของคุณทุกครั้งก่อนการรักษา	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
61.	คุณได้รับข้อมูลจากหลายช่องทางที่กระตุ้นให้คุณอยากดูแลสุขภาพตัวเอง	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
62.	คุณรู้ว่าอาหารอะไรที่ให้พลังงานเพียงพอแก่คุณในแต่ละมื้อ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
63.	คุณมีความสะดวกในการเดินทางและพบหมอ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
64.	คุณปรึกษาหมอ หรือพยาบาล ทุกครั้งก่อนที่จะหยุดยา	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
65.	คุณเดินทางออกนอกบ้านเพื่อไปติดต่อธุระได้ดี	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
66.	คุณรู้วิธีหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้อย่างรวดเร็ว	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
67.	คุณหาความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร หรืออาหารเสริมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐
68.	คุณจะหาข้อมูลเกี่ยวกับหมอหรือโรงพยาบาล ก่อนไปหาหมอ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩	☐

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056/57
Date of Approval 17 ส.ค. 2557

ภาคผนวก ข
เอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

COA No. 176/2014

IRB No. 056/57

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา
เลขที่โครงการวิจัย	: -
ผู้วิจัยหลัก	: นายนัฐพล ปันสกุล
สังกัดหน่วยงาน	: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิธีทบทวน	: แบบเร่งด่วน
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่ได้รับการทบทวน :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Date 11 Mar 2014
2. โครงร่างการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 13 Feb 2014
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 11 Mar 2014
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 11 Mar 2014
5. Curriculum Vitae Version 1.0 Date 13 Feb 2014
6. แบบสอบถามการวิจัย Version 1.0 Date 13 Feb 2014
7. จบประสาน Version 1.0 Date 13 Feb 2014

ลงนาม ..... ลงนาม .....

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงชาดา สืบหลินวงศ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรรณ รัชตะปีติ)

ประธาน กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 17 มีนาคม 2557

วันหมดอายุ : 16 มีนาคม 2558

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No. 176/2014

IRB No. 056/57

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493 ext 14, 15

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title	: Comparative Study of Health Literacy in the Village Health Volunteers and General Population Group in Phayao Province.
Study Code	: -
Principal Investigator	: Mr.Nattapon Pansakun
Affiliation of PI	: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University..
Review Method	: Expedited
Continuing Report	: At least once annually or submit the final report if finished.
Document Reviewed	:

1. Protocol Version 2.0 Date 11 Mar 2014
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 13 Feb 2014
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 11 Mar 2014
4. Informed Consent Form Version 2.0 Date 11 Mar 2014
5. Curriculum Vitae Version 1.0 Date 13 Feb 2014
6. Research Questionnaire Version 1.0 Date 13 Feb 2014
7. Budget Version 1.0 Date 13 Feb 2014

Signature:..... Signature:.....

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) (Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)

Chairperson Member and Secretary

The Institutional Review Board Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : March 17, 2014

Approval Expire Date : March 16, 2015

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของหน่วยงานผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056/57
Date of Approval 17 มิ.ย. 2557

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	AF 10-05/4.0 เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056/57
Date of Approval 17 ธ.ค. 2557

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นายนัฐพล ปันสกุล

ที่อยู่ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคาร ยปร ชั้น 19 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

เบอร์โทรศัพท์ 0-8118-00047

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านคือประชากรที่มีที่อยู่อาศัยตั้งอยู่ในเขตจังหวัดพะเยา ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยหรือทีมงานผู้ร่วมทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่นได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

<u>เหตุผลความเป็นมา</u>

ด้วยเพราะปัจจุบันประชากรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ มากมาย เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต วิทยุ หนังสือพิมพ์ เพื่อน ครอบครัว ฯลฯ ซึ่งมีเนื้อหาสาระความขัดแย้งอยู่ภายในตัวและสร้างความสับสนให้กับประชากรเป็นอย่างมาก ในขณะที่หลายองค์กรทั่วโลกต่างตระหนักและเห็นสอดคล้องกันในการนำประเด็นความแตกฉานทางสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพ ระบบสุขภาพ และนโยบายสุขภาพให้เอื้อประโยชน์แก่สังคมโลก

สำหรับประเทศไทย มีการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ในการชี้นำและจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น ดังนั้น อสม. จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับที่สามารถเป็นบุคคลตัวอย่างทาง

Version 2.0 Date 11 Mar 2014

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056/57
Date of Approval 17 ส.ค. 2557

สุขภาพที่ดีแก่ประชากร จึงนำมาสู่การศึกษาเพื่อประเมินระดับความแตกฉานทางสุขภาพในครั้งนี้ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยจะนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวทางในการเพิ่มศักยภาพด้านความแตกฉานทางสุขภาพที่เหมาะสมกับ อสม. ในการพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดพะเยาให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาองค์ประกอบการสร้างหลักสูตรการศึกษาแก่ อสม. ที่จะมีขึ้นในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปและประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ตลอดจนเปรียบเทียบระดับความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่ม อสม. และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยประมาณ 292208 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้ทำวิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม 1 ชุด จำนวน 8 หน้า เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับความแตกฉานทางสุขภาพ ซึ่งแบบสอบถามนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20–30 นาที

ผู้ทำวิจัยจะเก็บข้อมูลนี้ จากผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งเดียว หลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลแล้ว ข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บไว้ประมาณ 1 ปี โดยผู้ทำวิจัยเป็นผู้เก็บรักษาข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้การศึกษาวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง โดยไม่ต้องระบุชื่อและบ้านเลขที่ ทั้งนี้ผู้ทำวิจัยจะเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่ท่านตอบเป็นความลับ และจะนำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยและเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเท่านั้น โดยไม่ได้นำเสนอเป็นรายบุคคล

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ผู้ทำวิจัยขอชี้แจงถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจสัมพันธ์กับขั้นตอนของการวิจัยนี้ กล่าวคือ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอาจรบกวนเวลาบางส่วนในการปฏิบัติงานหรือเวลาพักของท่าน แบบสอบถามบาง

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056 / 57
Date of Approval 17 มี.ค. 2557

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

ข้อ อาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจในการตอบหรือให้ข้อมูล แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ทำวิจัยอยากให้ท่านตอบแบบสอบถามดังกล่าวตามความเป็นจริง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผลการศึกษาวิจัยต่อไป

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ทำวิจัยไม่มีการมอบค่าตอบแทนใดๆมีการมอบค่าตอบแทนในการตอบแบบสอบถามจำนวน 50 บาท ให้แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งแม้ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงใดๆ จากการเข้าร่วมครั้งนี้ แต่ท่านคือส่วนหนึ่งของผลการศึกษาวิจัยที่จะสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการเพิ่มศักยภาพด้านความแตกฉานทางสุขภาพที่เหมาะสมกับการพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดพะเยาให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาองค์ประกอบการสร้างหลักสูตรการศึกษาแก่ อสม. ที่จะมีขึ้นในอนาคตต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

--ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยตามความเป็นจริง

-ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยได้โดยตรง คือ นายนัฐพล บันลกุล หมายเลขโทรศัพท์ 08--1180--0047 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่ประสงค์หรือไม่อินดีเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวหรือออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกเวลา

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะวิเคราะห์ผลในภาพรวมเท่านั้น เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อตัวท่านและพื้นที่ที่ท่านอาศัยอยู่ ในกรณีจำเป็นผู้ทำวิจัยจะระบุเฉพาะรหัสเท่านั้น

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056/57
Date of Approval 17 มี.ค. 2557

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

จากการลงนามในความยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลการวิจัยของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยจัดส่งไปที่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึกไว้

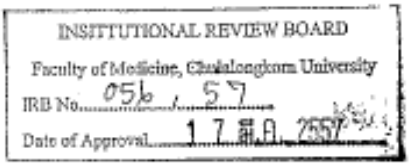
ผู้ทำวิจัยจะเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งเดียว หลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลแล้ว ข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บไว้ประมาณ 1 ปี โดยผู้ทำวิจัยเป็นผู้เก็บรักษาข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว

ผู้วิจัยยินดีรับผิดชอบต่อความเสียหายทุกประการ อันเกิดขึ้นจากความผิดพลาดในการรักษาความลับของอาสาสมัคร ซึ่งเกิดจากการกระทำของผู้วิจัย

<u>สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</u>

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอยกเลิกหรือถอนตัวจากโครงการได้ โดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่กำกับ
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
9. ท่านสามารถไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งที่ท่านไม่ประสงค์จะตอบได้



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นายนัฐพล ปันสกุล
(ผู้ทำวิจัย)

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 056/57
Date of Approval 17 ธ.ค. 2557

ที่ วป. 749 /2556

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

29 ตุลาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลประกอบการศึกษาค้นคว้าวิทยานิพนธ์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเคียน

ด้วย นายนัฐพล ปันสกุล นิสิตหลักสูตรแบบต่อเนื่อง ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ แขนงวิชาสร้างเสริมสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนทั่วไปในจังหวัดพะเยา" เพื่อให้การคำนวณขนาดกลุ่มอาสาสมัคร (Sample size) มีความเหมาะสมและถูกต้องตามระเบียบวิธีการศึกษา จึงต้องทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) ในเขตพื้นที่ของท่าน และใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นของจังหวัดพะเยา ซึ่งการนำเสนอผลการศึกษาในครั้งนี้ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ทั้งนี้เพื่อให้การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเป็นไปอย่างเรียบร้อย ในการนี้ ภาควิชาฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ของท่าน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่ม อสม. จำนวน 15 คน และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 30 คน โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงวันที่ 31 ตุลาคม - 2 พฤศจิกายน 2556 หากท่านมีข้อสงสัยประการใดหรือต้องการจะสอบถามเพิ่มเติมโปรดติดต่อผู้ทำการศึกษาค้นคว้า นายนัฐพล ปันสกุล นิสิตหลักสูตรแบบต่อเนื่อง ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 081-1800047

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 3700-1
โทรสาร 02-256-4292

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายนัฐพล ปันสกุล เกิดเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2531 ที่อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนจักรคำคณาทร ลำพูน หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2549 ได้เข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรี ที่มหาวิทยาลัยนเรศวร ในหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ (สาขาวิชาอนามัยชุมชน) สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2554 (เกียรตินิยมอันดับ 1) จากนั้นได้เข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท ในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2555 ปัจจุบันเป็นอาจารย์ประจำสาขาการวิชาส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University