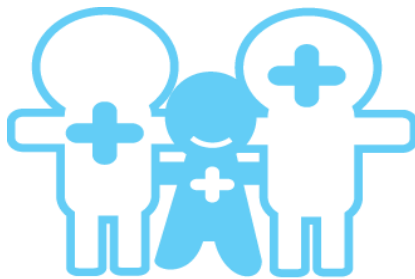




การพัฒนาและใช้เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ของคนไทยวัยผู้ใหญ่ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส.
(The Development and Application of
ABCDE-Health Literacy Scale for Thai Adults)



จัดทำโดย รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กองสุขศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2557

คำนำ

จากการสังเคราะห์ดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ และ 2ส และลดเสี่ยง จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – 2013 มี 154 เรื่อง แต่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มรวม 29 เรื่องที่นำมาใช้ในการสังเคราะห์ครั้งนี้ เช่น บทความของ Davis, Crouch, Wills & Abdehou (1991), WHO (1998), Baker et al. (1999), Ratzan & Parker (2000), Nutbeam (2000), Lee, Arozullah & Cho (2004), Institute of Medicine (2004), Rootman (2005), Kwan, Frankish & Rootman (2006), Kickbusch (2006), Paasche Orlow & Wolf (2007), Nutbeam (2008), Von Wagner (2009), Rootman (2009), Chin et al. (2011) Edwards et al. (2012), Sorensen et al. (2012) เป็นต้น ทำให้ได้กลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ 3 กลุ่มหลักได้แก่ ระดับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม/ชุมชน และเครื่องมือวัดในต่างประเทศ ได้แก่ แบบวัด The eHealth Literacy Scale (eHEALS) วัด 8 องค์ประกอบ, แบบวัด Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) วัด 67รายการ, แบบวัด The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) วัดทักษะ 2 ด้าน, แบบวัด Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) วัด 3 ระดับและแบบวัด Medical Achievement Reading Test: MART) เป็นการทดสอบการอ่านศัพท์แพทย์ และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มี 4 องค์ประกอบ

เอกสารรายงานนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจใช้เป็นเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ใหญ่เพื่อวางแผนออกแบบกิจกรรมในการลดความเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2ส ด้วยตนเองได้ตามสภาวะสุขภาพที่เป็นจริงของประชาชน

อังคินันท์ อินทรกำแหง

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	3
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	15
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	17

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงคำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักวิชาการต่างประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 -2012	5
ตาราง 2 สรุปลองค์ประกอบการวัดและผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแนวคิดของนักวิชาการตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2012	7
ตาราง 3 แสดงค่าอำนาจจำแนกและค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ	17
ตาราง4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม ทั้ง 6 องค์ประกอบโดยแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	30
ตาราง5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งด้าน การปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส และการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม แบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	30
ตาราง6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	31

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ	13
ภาพประกอบ 2 เส้นทางอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีต่อ การคงดูแลรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองตามสมมติฐาน	14
ภาพประกอบ 3 แสดงแนวทางในการคัดสรรงานวิจัยเพื่อการสังเคราะห์งานวิจัย	15
ภาพประกอบ 4 การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม 6 องค์ประกอบ	32
ภาพประกอบ 5 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับทักษะ	32
ภาพประกอบ 6 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามรายองค์ประกอบ	33
ภาพประกอบ 7 รูปแบบเส้นทางอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีต่อ การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	33
ภาพประกอบ 8 ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้านความฉลาดทางสุขภาพที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ	34

บทที่ 1

บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

แนวโน้มการเกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ของคนไทยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในรอบ 10 ปีช่วง พ.ศ. 2543-2552 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 3.8 เท่าและในปี พ.ศ. 2555 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 937.58 ต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 ที่มีอัตราป่วยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 500.65 ต่อประชากรแสนคน และส่วนใหญ่เป็นในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี, 40 - 49 ปี และ 15 - 39 ปี ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยรายภาคในช่วง 5 ปีตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 - 2555 พบว่า ทุกภาคมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและในปี พ.ศ. 2555 ภาคกลางมีอัตราป่วยสูงสุด (1,270.36) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (1,108.15) ภาคใต้ (939.81) และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (841.32) ส่วนโรคเบาหวานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2552 พบเสียชีวิตวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีช่วง พ.ศ. 2542 - 2552 พบคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) และผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่พบสูงสุดในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี 40 - 49 ปี 15 - 39 ปี และน้อยกว่า 15 ปี โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 2,128.04, 1,207.35, 463.44, 61.61 และ 8.29 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ภาคที่พบมากที่สุดคือ ภาคกลาง รองลงมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้ โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 643.16, 603.46, 521.66, 447.33 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

เช่นเดียวกับปัญหาโรคอ้วนและอ้วนลงพุง พบว่า มีการระบาดทุกกลุ่มคนทุกช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (กองอกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552 พบว่าเกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทยและ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI > 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และพบภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 เป็น 19 ในขณะที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ผลสำรวจล่าสุด ปี พ.ศ. 2555 พบคนไทยมีปัญหาภาวะโภชนาการเกิน และกลายเป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงมากที่สุดในรอบ 10 ปี โดยในช่วงอายุ 40-50 ปี อ้วนเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2555) ประเทศไทยให้ความสนใจโดยมุ่งควบคุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ จัดการด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา เพื่อควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ กำหนดมาตรการทางกฎหมาย เพื่อควบคุมวิถีชีวิตเสี่ยง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่โดยเริ่มพัฒนาทักษะทางสุขภาพของประชาชนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลให้ดำรงรักษาสุขภาพด้วยตนเองอย่างยั่งยืนตามเจตนารมณ์ของที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 เมื่อ 26-30 ตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ (WHO, 1998) และในปี พ.ศ. 2556 กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จีมอบหมายให้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรี

นครินทร์วิโรฒ ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ ของคนวัยผู้ใหญ่ พร้อมประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี

2.2 เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในภาพรวม

3. ขอบเขตของการดำเนินการ

พื้นที่การวิจัยที่ดำเนินการให้มีการกระจายในแต่ละภูมิภาค ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร

3.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้

3.1.1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี ในพื้นที่เป้าหมาย (4 ภูมิภาค) ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างรวมกันในแต่ละเขตพื้นที่ขั้นต่ำเท่ากับ 400 ตัวอย่าง โดยได้มาจากการเปิดตารางของ Taro Yamane เมื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% สำหรับจำนวนประชากรที่มีจำนวนมากกว่า ∞

3.1.2 ประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี ในชุมชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลใน 4 ภูมิภาค ๆ ละ 500 คน และนอกเขตเทศบาลใน 4 ภูมิภาคๆ 500 คน รวมเป็น 4,000 คนและในกรุงเทพมหานคร 500 คนรวมเป็น 4,500 คนแต่ได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่มีความสมบูรณ์เท่ากับ 4,401 คน

3.2 สร้างและพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้

3.2.1 ทบทวนวรรณกรรมและกำหนดนิยามปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรและองค์ประกอบการวัดความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

3.2.2 พัฒนาเครื่องมือและเกณฑ์การประเมินจากนิยามปฏิบัติการและปรับปรุงจากแบบประเมิน

3.2.3 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนตรวจความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา เพื่อการปรับปรุงแบบประเมินให้มีคุณภาพได้มาตรฐานพร้อมใช้

3.3 จัดเตรียมแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ตามจำนวนตัวอย่างที่ระบุในพื้นที่เป้าหมายแต่ละกลุ่ม

3.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมวิจัยในระดับพื้นที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ตามแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนดให้ครอบคลุมทุก

3.5 ดำเนินการประมวลผลข้อมูล ดังนี้

3.5.1 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละจังหวัดแต่ละภูมิภาค

3.5.2 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประเทศ

3.5.3 วิเคราะห์ค่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามรายองค์ประกอบและเนื้อหา/ประเด็นที่ประเมิน

3.5.4 ประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มเป้าหมาย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ปัญหาสุขภาพของประชากรในปัจจุบันอยู่ในความสนใจทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ฐานความคิดหลักของสังคมจึงเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเชื่อว่าการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะเป็นฐานของการพัฒนาในทุกด้าน มาเป็นมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับทุนมนุษย์ที่ครอบคลุมทั้งด้านความเหนียวแน่นทางสังคม และภูมิคุ้มกันทางปัญญาและทางจิตใจเชิงบวก โดยเฉพาะการสะสมต้นทุนทางสุขภาพด้วยการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองตั้งแต่เยาว์วัยเพื่อเตรียมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต ก็คือการเป็นคนดี คนเก่งและคนมีความสุขนั่นเอง จึงเห็นได้ว่าแนวโน้ม นโยบายและการจัดการด้านสาธารณสุขในประเทศไทยยังคงเน้นการส่งเสริมป้องกันโรคด้วยการสนับสนุนให้คนไทยมีสุขภาพดีเพิ่มมากขึ้น

โดยเฉพาะประชาชนในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง หรือที่เรียกว่า **กลุ่มโรคเมตาบอลิก (Metabolic syndrome)** ซึ่งหมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่มีกระบวนการเผาผลาญอาหารที่ก่อให้เกิดพลังงานและของเสียในร่างกายมีความผิดปกติขึ้น โดยมีสาเหตุหลักมาจากภาวะอ้วน อ้วนลงพุง ภาวะดื้ออินซูลินหรือพบในโรคเบาหวาน และความผิดปกติของไขมันในเลือด ที่นำไปสู่ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

สถานการณ์โรคเมตาบอลิกในโลกและประเทศไทย

ในปี ค.ศ.2015 จะมีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งประมาณ 20 ล้านคนและการเสียชีวิตดังกล่าวเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง (WHO, 2007) สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงในการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารที่มีพลังงานเกิน กินผักผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และความเครียด และเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคข้อและเส้นเอ็น โรคหลอดเลือดแข็งและอุดตัน โรคทางเดินหายใจผิดปกติขณะหลับ โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคผิดปกติทางจิต (Arthur, 2005) และจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติและภาวะโภชนาการในอเมริกา (National Health and Nutrition Examination Survey: NHANES) พบอัตราความชุกของผู้ใหญ่อเมริกันมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรในปี ค.ศ. 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, และ 2007 – 2008 เท่ากับ 64.5, 65.7, 66.3, 67.0 และ 68.0 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี (Katherine & et al., 2010) เมื่อศึกษาเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอเมริกันพบปัญหาโรคอ้วนถึงร้อยละ 32 และยังพบว่า ร้อยละ 40 ของเด็กอ้วนจะยังคงอ้วนในวัยรุ่นและร้อยละ 75-80 ของวัยรุ่นที่อ้วนจะยังคงอ้วนเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่และจากการศึกษาความชุกของโรคอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกในปี ค.ศ. 2004 พบว่าประเทศไทยมีอัตราความชุกของภาวะอ้วนสูงถึงร้อยละ 50 คิดเป็นลำดับที่ 5 จากทั้งหมด 14 ประเทศ รองจากประเทศออสเตรเลีย มองโกเลีย วานูอาตูและฮ่องกง (กองสถิติสาธารณสุข, 2550)

ส่วนการศึกษาของ Shila Berenji et al. (2010) พบว่า ในปี ค.ศ.2009 ประชากรที่เป็นโรคอ้วนในประเทศแถบเอเชีย ได้แก่ ซาอุดีอาระเบีย ตุรกี อิหร่าน และเกาหลีใต้คิดเป็นร้อยละ 39.3, 33.0, 30.0 และ 14.2 ของประชากรทั้งหมดในประเทศตนเองตามลำดับ และพบคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.5 พันล้านคนและเสียชีวิตจากการเป็นโรคนี้สูงถึง 7 ล้านคนต่อปี (มานิต ธีระตันติกานนท์, 2554)

จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation :IDF) ได้รายงานผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 285 ล้านคนและประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก

ได้รายงานถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่า ในปี 2548 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกแต่ละปี 5.7 ล้านคน และองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) พบว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน ซึ่งโรคนี้นับเป็นสาเหตุการตายอยู่ในอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะประเทศแถบเอเชีย เช่น จีนและญี่ปุ่น รองจากโรคหัวใจและอยู่ในอันดับ 3 ในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง และพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและน้อย ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตติดอันดับหนึ่งของโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานในวันหัวใจโลก เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2553 ว่าในปี 2558 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีกเพิ่มขึ้นเป็น 20 ล้านคนทั่วโลก (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553)

ในรอบ 10 ปีช่วง พ.ศ. 2543-2552 ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า และพบว่าคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 11.5 ล้านคน มีความชุกของโรคสูงสุดร้อยละ 55.9 ซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปและในปี พ.ศ.2552 พบว่า เป็นสาเหตุการตายอยู่ในอันดับ 4 ของคนไทย คิดเป็น รองจากโรคมะเร็ง เนื่องจากทุกชนิด อุบัติเหตุ และการเป็นพิษและโรคหัวใจ ตามลำดับ และพบคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยวันละ 36คนและนอนรักษาที่โรงพยาบาลรัฐด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.45 เท่าในรอบ 10 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) ภาครัฐต้องสูญเสียรายได้ในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้อีกด้วย ต้นทุนเฉลี่ยเท่ากับ 126,665.93 บาทต่อคนต่อปี (วิชัย เอกพลากร, 2553) ส่วนโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2552 พบเสียชีวิตประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีช่วง พ.ศ. 2542 – 2552 พบคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 4.02 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) เช่นเดียวกับปัญหาโรคอ้วนและอ้วนลงพุง พบว่า มีการระบาดทุกกลุ่มคนทุกช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

สถานการณ์โรคอ้วนของคนไทย จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่าเกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทยและ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI > 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และพบภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 เป็น 19 ในขณะที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ผลสำรวจล่าสุด ปี พ.ศ. 2555 พบคนไทยมีปัญหาภาวะโภชนาการเกิน และกลายเป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงมากที่สุดในรอบ 10 ปี โดยเด็กแรกเกิดไปจนถึงอายุ 12 ปี มีความอ้วนพุ่งสูงถึงร้อยละ 40 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-50 ปี อ้วนเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า และช่วงอายุ 20-29 ปี มีความอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 21.7 และที่น่าตกใจคือ ข้อมูลทางการแพทย์ยืนยันว่า เด็กไทยที่อ้วนกว่าครึ่งหนึ่ง เมื่อเจาะเลือดหาไขมันในร่างกายแล้ว พบว่าร้อยละ 70 มีปัญหาไขมันสูงเกินมาตรฐาน นอกจากนี้ยังพบว่า สถานการณ์โรคอ้วนของไทยเพิ่มขึ้นจนน่าตกใจ เนื่องจากการใช้ชีวิตประจำวันมีความเสี่ยง ทั้งการบริโภคอาหารเกินความจำเป็น มีพฤติกรรมกินหวาน กินมันเพิ่มขึ้น นำมาสู่สาเหตุการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ไขมัน และความดันโลหิตสูง ซึ่งในอนาคตอีก 10-20 ปี รัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาอาการแทรกซ้อนจาก "โรคกินเกิน" เป็นเงินมหาศาลมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัญหาสุขภาพที่เลวร้ายซึ่งเกิดจากพฤติกรรม 3 อันดับแรก ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี การสูบบุหรี่ที่นำไปสู่โรคเรื้อรังต่างๆ และโรคอ้วนที่นำไปสู่โรคเรื้อรัง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2555)

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จัดการอารมณ์ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริมการออกกำลังกายและให้มีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) เพื่อควบคุมป้องกันโรคอ้วนตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ กำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมวิถีชีวิตเสี่ยง โดยเน้นกิจกรรมที่ทำให้พลังงานในร่างกายสมดุลกันระหว่างการรับเข้ามาในร่างกายกับการใช้ไป ฉะนั้นแนวทางการควบคุมและแก้ไขด้วยการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ โดย

เกิดจากความตั้งใจและให้ความร่วมมืออย่างดีของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เริ่มด้วยการพัฒนาทักษะทางสุขภาพของตนเองในวิถีชีวิตประจำวันซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั้นเอง

ในที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 เมื่อ 26-30 ตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ (WHO, 1998)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีแนวคิดที่แตกต่างกัน และแต่ละแนวคิดยังมีมิติที่เป็นส่วนประกอบของความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อเตรียมพร้อมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จึงได้สังเคราะห์องค์ความรู้และเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อใช้ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ก่อนที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะดำเนินกลยุทธ์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ให้กับประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ความรู้ด้านสุขภาพ

การรู้หนังสือ (Literacy) คือ ความสามารถเข้าใจภาษาในระดับที่เหมาะสมกับการติดต่อสื่อสาร มาตรฐานสำหรับการรู้หนังสือ มีความหลากหลายระหว่างสังคม เช่น คนจำนวนมากอ่านตัวหนังสือไม่ได้ แต่อ่านตัวเลขได้ อาจไม่จำเป็นต้องอ่านออก เขียนได้ดี แต่รับรู้ได้จากวิธีที่หลากหลายตามแนวความคิดของการรู้หนังสือ (วิกิพีเดีย)

การใช้คำ “Health literacy” ในภาษาไทย มีดังนี้

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข “ความแตกฉานด้านสุขภาพ”
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ”
3. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ “ความฉลาดทางสุขภาพ”
4. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ “ความฉลาดทางสุขภาพ” ที่เคยเผยแพร่ใช้กันในวงวิชาการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ

คำจำกัดความของความรู้ด้านสุขภาพ: (Definition of health literacy)

มีผู้อธิบายความหมายของความรู้ด้านสุขภาพไว้ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงคำจำกัดความของความรู้ด้านสุขภาพของนักวิชาการต่างประเทศตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 -2012

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความรู้ด้านสุขภาพ
WHO (1998)	เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ
Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss (1999)	ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลตรงต่อความตั้งใจหรือความสามารถของแต่ละคนในการเกาะติดกับข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง
Ratzan & Parker (2000)	ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง มีวิธีการ และทำความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพและบริการที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง
Shoou-Yih D. Lee , Ahsan M.	ความรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับสภาวะทางสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ โดยมี 4 ปัจจัยชั้นกลางที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทาง

แหล่งอ้างอิง	คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
Arozullahb, Young Ik Cho (2004)	สุขภาพ 3) การดูแลป้องกันตนเองและการตรวจสุขภาพเป็นประจำ 4) การปฏิบัติตามการรักษา เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาหนทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล
Institute of Medicine: IOM (2004)	ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม แต่นอกเหนือไปจากความสามารถของแต่ละบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น เป็นต้น
Kwan, Frankish & Rootman (2006)	ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต
Kickbusch (2006)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ การกระทำที่เป็นพลวัตและมีพลังใจตนเอง และเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้ และเป็นทางเลือกในชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ
Nutbeam (2008)	เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง
Rootman (2009)	เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็นต้องการในด้านการรู้ค่าศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย
Chin et al. (2011)	เป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งทั้ง 2 คำ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านความคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 2 สรุปองค์ประกอบการวัดและผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแนวคิดของนักวิชาการตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2012

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
<p>แนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น</p> <p>ระดับ 2 Communicative/Interactive Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทาง</p>	<p>มีประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ 1) ได้พัฒนาความรู้เพื่อป้องกันความเสี่ยง 2) มีมาตรฐานต่อการดูแลตนเอง 3) ได้เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนภายใต้ความรู้ 4) สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจในตนเอง 5) เพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหา</p> <p>มีประโยชน์ต่อชุมชน/สังคม ได้แก่ 1) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชากร 2) พัฒนาปัจจัยเพื่อ</p>
<p>สังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น</p> <p>ระดับ 3 Critical Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ปรับปรุงบรรทัดฐานทางสังคม และการสื่อสารทางสังคม 3) เข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาสังคมเศรษฐกิจ และ 4) เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน</p>
<p>แนวคิดของ Shooou-Yih D. Lee (2004) ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง (<i>Knowledge of disease and self-care</i>) 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (<i>Health risk behavior</i>) 3) การดูแลป้องกันและการตรวจสุขภาพ (<i>Preventive care and physician visits</i>) และ 4) การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (<i>Compliance with medications</i>) เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมไปถึงการไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>สถานภาพทางสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ (health status and health service utilization)</p>
<p>แนวคิดของ Rootman (2009) ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก</p> <p>ได้แก่ 1) การรู้หนังสือด้านทั่วไป (General Literacy) เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวณ การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และการตัดสินใจ 2) การรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อ เป็นต้น</p> <p>แนวคิดนี้เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับ การรู้หนังสือ (Literacy) ในด้านอื่นๆ ได้แก่ การรู้หนังสือด้านทั่วไป เช่น สมรรถนะในการอ่านออก คำนวณ การพูด การฟัง การทำความเข้าใจ การต่อรอง การวิพากษ์ และการตัดสินใจ และ การรู้หนังสือด้านอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรม คอมพิวเตอร์ และสื่อต่างๆ เป็นต้น โดยการรู้หนังสือที่ต่ำหรือสูงในทุกด้านจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรง ได้แก่ การเข้ายาที่ถูกต้องตามคำสั่งของแพทย์ ความสม่ำเสมอของการกินยา การปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัย ส่วนผลทางอ้อมอันเกิดจากความสามารถในการรู้หนังสือ อาจจะไม่เห็นผลตรงๆ แต่กลับมีผล กระทบต่อสุขภาพ ตามมาอย่างมาก ได้แก่ ความเครียด สิ่งแวดล้อมในการทำงาน รายได้ การรู้จักเลือกรับบริการ และวิถีในการดำรงชีวิตในแนวทางในการ</p>	<p>สถานะทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิต</p>

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
<p>เพิ่มหรือพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) การสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. การพัฒนาศักยภาพ (Capacity Development) ด้วยการจัดโปรแกรมให้การศึกษาและอบรม (Education and Training) 3. การพัฒนาชุมชน (Community Development) โดยเพิ่มพลังอำนาจแก่ชุมชน โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตตามบริบทของแต่ละชุมชน 4. การพัฒนาองค์กร (Organizational Development) โดยการพัฒนาสถานที่ต่างๆ (Settings) เช่น ที่อยู่อาศัย สถานศึกษา ที่ทำงาน เพื่อให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น 5. การพัฒนานโยบาย (Policy Development) โดยการนำนโยบาย กฎหมาย กฎข้อบังคับ ให้เกิดการบังคับใช้ 6. การผสมผสาน (Combined Approach) เป็นการนำวิธีการต่างๆ ที่กล่าวมาเพื่อปรับใช้ด้วยกัน <p>โดยแนวทางต่างๆ จะนำไปสู่การเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพ</p>	
<p>แนวคิดของ Paasche-Orlow & Wolf (2007) “Integrated Model of Health Literacy” ประกอบด้วย 3 ด้านหลักได้แก่ 1) เข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบการดูแลสุขภาพ (Access and utilization of health care), 2) ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ (Provider-patient interaction) และ 3) การดูแลตนเอง (Self-care) ซึ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะถูกกำหนดโดย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การศึกษา เชื้อชาติ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน โดยปัจจัยทั้งสามได้แก่ เข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากระบบดูแลสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ และการดูแลตนเอง มีอิทธิพลที่มีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะเข้าใช้บริการสุขภาพ ใช้วิธีพูดคุยโต้ตอบกับผู้ให้บริการสุขภาพ จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง</p>	<p>ก่อให้เกิด 1) การใช้บริการทางสุขภาพ ราคาในการใช้บริการสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ 3) การมีส่วนร่วมทางสุขภาพ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ 4) ความเท่าเทียมทางสุขภาพ และความยั่งยืน</p>
<p>แนวคิดของ Nutbeam (2008) “Conceptual model of health literacy as a risk”. ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง "ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค" ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการวิจัยการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น</p>	<p>มีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ</p>
<p>แนวคิดของ Von Wagner et al. (2009) ได้อธิบายความสามารถในใช้ความรู้ทักษะและการคำนวณ เมื่อบุคคลจะต้องแก้ปัญหา (Ability to rely on literacy and numeracy skills when they are required to solve problems) กรอบแนวคิดนี้พัฒนาจากรูปแบบของการรู้คิดทางปัญญาและสังคม (Social cognition models) เพื่ออธิบายถึงความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีพื้นฐานของทักษะพื้นฐาน เช่น การอ่าน การ</p>	<p>ทำให้มีการปฏิบัติ 1) การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ 2) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 3) การจัดการสุขภาพและความ</p>

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
<p>คำนิยาม ที่ใช้สำหรับแปลความหมายทำความเข้าใจกับข้อมูลจากข้อความต่างๆ ซึ่งมีความจำเป็นระดับของความรู้คิดในขั้นที่สูงขึ้น</p>	<p>เจ็บป่วย</p>
<p>แนวคิดของ Chin et al. (2011) “<i>Process-Knowledge Model of health literacy</i>” ประกอบด้วย 3 ด้านหลักได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพ (Processing capacity) คือปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถ เช่น ความจำ 2) ความรู้ทั่วไป (General knowledge) คือความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และ 3) ความรู้เฉพาะเรื่อง (Specific health knowledge) เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงกระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของบุคคลวัยผู้ใหญ่</p>	<p>ทำให้มีการดูแลตนเอง (Self-Care) ในระดับบุคคลและสังคม</p>
<p>แนวคิดของ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012) “<i>The Health Literacy Pathway Model</i>” ประกอบด้วย 1) ความรู้ทางสุขภาพ (Health knowledge) 2) ประสิทธิภาพในการสืบหาและใช้ข้อมูลสารสนเทศ (Active information seeking and use) 3) ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Actively communicating with health professionals) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skills) 5) การแสวงหาและการเจรจาต่อรองเลือกในการรักษา (Seeking and negotiating treatment options) 6) การตัดสินใจ (Decision making) มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Influences on health literacy) และ 7) ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy outcomes)</p> <p>โดยมีขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจสุขภาพ 5 ขั้นตอน คือ</p> <p>ขั้นที่ 1 สร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปที่บุคคลมีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตนเอง โดยความรู้พื้นฐานนี้จะเกิดขึ้นโดยผ่านการอ่าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษาหารือ เรื่องสุขภาพกับเพื่อนและครอบครัว การรับสื่อสุขภาพ</p> <p>ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะ การปฏิบัติ ด้านการความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงออกถึงความสามารถในการฟัง พูด การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยการแสวงหาและการใช้ข้อมูล (เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ในการแสวงหา ข้อมูลและการวิเคราะห์ ความสำคัญของข้อมูล) และทักษะการจัดการตนเอง เช่น การฉีดยาด้วยตนเอง การวัดระดับน้ำตาล ซึ่งความรู้ทางสุขภาพจะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น</p> <p>ขั้นที่ 3 การแสดงถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและบริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษา การบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล</p> <p>ขั้นที่ 4 ผู้ให้บริการหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพผลิตข้อมูลทางสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของทางเลือกในการรักษา หรือบางคนสามารถผลิตข้อมูลทางสุขภาพของตนเอง หลังจากการการพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว รวมไปถึงการค้นหาความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเองที่ได้จากทักษะขั้นตอนที่ 3 ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตสื่อสุขภาพเพื่อเป็นทางเลือกและนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองต่อไป</p> <p>ขั้นที่ 5 การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ในขั้นตอนนี้สร้างให้เกิดความเข้มข้นในการตัดสินใจทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเองทางสุขภาพ โดยบุคคลที่มีพฤติกรรมในขั้นนี้จะมีพฤติกรรมจากขั้นที่ 1 ผ่านขั้นต่างๆมาจนถึงขั้นที่ 5 อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนอาจมีการสลับขั้นตอนกันได้</p>	<p>ก่อให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพ (Decision Making) เพื่อการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-Management)</p>
<p>แนวคิดของ Sørensen et al. (2012) “<i>Integrated model of health literacy</i>” ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) 2) การเข้าใจ (Understand) 3) การประเมิน (Appraise) และ 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) อธิบายได้ดังนี้ 1. การเข้าถึง หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ</p>	<p>มีการปรับปรุงเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ</p>

องค์ประกอบ	ผลลัพธ์
สุขภาพ 2. เข้าใจ หมายถึงความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ 3. ประเมินความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4.การปฏิบัติ ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง	

จากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิชาการในต่างประเทศข้างต้นพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล

1.1 ความรู้ ประกอบไปด้วยการรู้หนังสือทั่วไป (General literacy) เช่นการอ่าน ตัวเลข ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การรู้หนังสือในเรื่องอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ วัฒนธรรม สื่อ สิทธิ และ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เป็นต้น

1.2 คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น การศึกษา เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา ปัจจัยทางกาย เป็นต้น

1.3 ความเชื่อ และเจตคติ (Beliefs & attitude)

1.4 พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk behavior)

1.5 ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ ทักษะในการเจรจาต่อรอง (Skills in negotiation) ทักษะในการจัดการตนเอง (Skills in self-management) ความสามารถในการประเมินสื่อทางสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ

1.6 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วย การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ (Compliance with medications) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค (Changed patterns of consumption) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Changed health behaviors and practices) การดูแลสุขภาพตนเอง (self-care)

1.7 รูปแบบการใช้ชีวิต (Life style)

1.8 การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย(Manage of health & illness)

1.9 ระดับความเครียด (Stress level)

1.10 สถานะทางสุขภาพ (Health status)

1.11 คุณภาพชีวิต (Quality of life)

1.12 การปรับปรุงโอกาส ทางเลือกด้านสุขภาพ

(Improved health outcomes, healthy choices and opportunities)

2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2.1 ทักษะส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย ทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคม และทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-advocacy)

2.2 สิ่งแวดล้อม (Environment)

2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Patient provider interaction)

3. ปัจจัยระดับสังคม

- 3.1 การจัดระเบียบชุมชน (Community organizing) ได้แก่ การวางแผน, การกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญ
- 3.2 ความเท่าเทียมทางสังคมด้านสุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง
- 3.3 การกระทำทางสังคมเพื่อการมีส่วนร่วมในหนทางแห่งประชาธิปไตยด้านสุขภาพ (Social action for health democratic participation)
- 3.4 การพัฒนา ประกอบไปด้วย การพัฒนาความรู้ (Developed knowledge) การพัฒนาชุมชน (Community development) โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพ (Capacity development) การจัดโปรแกรมให้สุขศึกษาและการอบรม การพัฒนาองค์กร (Organization development) การจัดที่อยู่อาศัยสถานที่ทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น การพัฒนานโยบาย (Policy development) การใช้กฎหมาย นโยบาย มีข้อบังคับให้เกิดการบังคับใช้
- 3.5 การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ (Access and used health care) ที่รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าถึงการรักษาและการดูแลสุขภาพ
- 3.6 การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมและการปฏิบัติ (Participation in changing social norms and practices)
- 3.7 การปรับปรุงโอกาส ทางเลือกของสุขภาพและ (Improved health outcomes, healthy choices and opportunities)
- 3.8 ความทุ่มเทในการดำเนินการทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Engagement in social action for health)
- 3.9 ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Health care cost)

เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ

มีนักวิชาการที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพหลายคน ดังเช่น

1. The eHealth Literacy Scale (eHEALS) แบบวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นแบบวัดที่ผู้ทำแบบวัดประเมินตนเอง (Self- report) (Norman & Skinner, 2006) โดย eHEALS มีการออกแบบเพื่อประเมินทักษะการรับรู้ของบุคคลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพ และเพื่อช่วยในการกำหนดความเหมาะสมระหว่างโปรแกรม eHEALS กับบุคคล วัดจาก 6 ด้าน คือวัฒนธรรม(Traditional) ข้อมูลข่าวสาร (Information) สุขภาพ(Health) คอมพิวเตอร์ (Computer) สื่อ (Media) และ การรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ (Scientific literacy)
2. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) คือแบบวัดที่ใช้วัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณ (Sharif & Blank , 2009) เป็นแบบวัดที่ถูกนำมาใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ในเด็กและเยาวชน รวมไปถึงผู้ใหญ่ แบบวัดนี้มีทั้งหมด 67 ข้อ เป็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจตัวเลข 17 ข้อ วัดความเข้าใจการอ่านที่ใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 ข้อ

2. The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วินิจฉัยและระบุตัวผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Davis, Crouch, Wills & Abdehou, 1991) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา หลากหลายต่างๆ โดยคำศัพท์เหล่านั้นเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีตัวชี้วัด 2 ด้าน คือทักษะการอ่าน (การจดจำคำ

หรือเข้าใจในการอ่านและการคิดคำนวณ) และทักษะอื่นที่จำเป็น เช่นความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด การเขียนและการอ่าน

3. Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) แบบประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสื่อสารและการมีวิจารณญาณ ใช้วัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008) แบบวัดนี้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ **ขั้นพื้นฐาน** ในขอบเขตที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป **ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์** เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค **ขั้นวิพากษ์** เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การที่ผู้ป่วยวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

4. Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Hanson-Drivers, 1997 cited in Mancuso JM., 2009) มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับ การศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาว ทำให้อ่านได้ยากซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้

5. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกพัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam โดยวัดจาก 4 ด้านคือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับในระดับสูง เท่ากับ 0.86

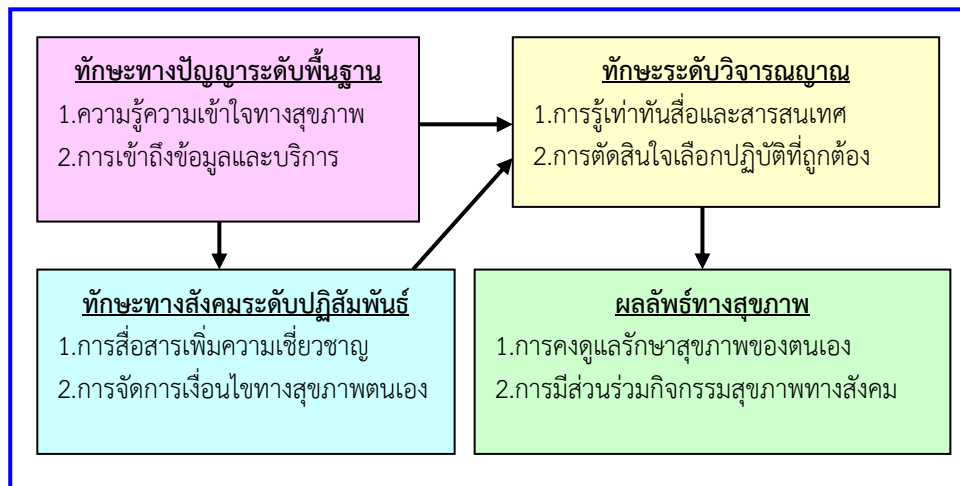
ในการสังเคราะห์และสร้างเครื่องมือวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30 2ส และลดเสี่ยงสำหรับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในกลุ่มเสี่ยงโรค ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ 2556 โดยประยุกต์ใช้ระเบียบการวิจัยการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยสถิติองค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis-EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยัน (Confirmatory factor analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM) ดังแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ

กรอบแนวคิดการสร้างแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส (ABCDE- Health Literacy Scale of Thai Adults)

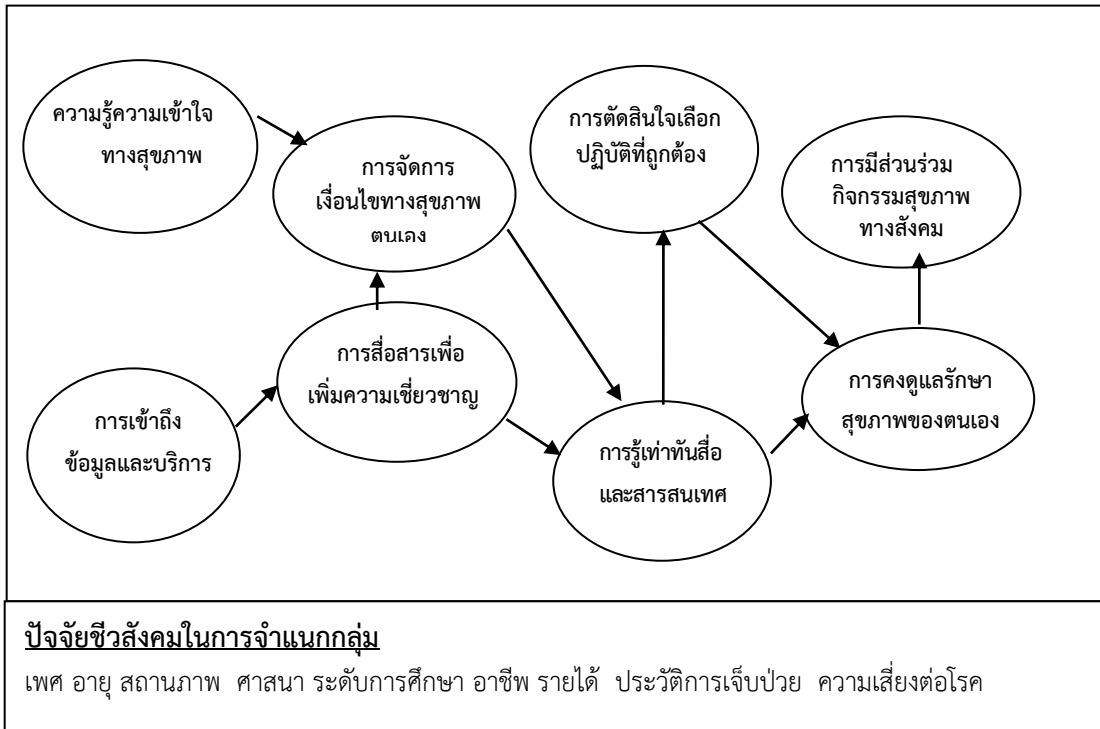
ความหมาย: A-Alcohol (สุรา), B- Baccy (สูบบุหรี่), C-Coping จัดการอารมณ์,
D-Diet (ควบคุมอาหาร), E-Exercise (ออกกำลังกาย)

Global Health Promotion (WHO, 2013)	Level (Nutbeam, 2000)	Components (Nutbeam, 2008; Edward, Wood, Davies & Edwards, 2012)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ด้าน 1. ทักษะทางปัญญา (Cognitive Skills)	L1: ระดับพื้นฐาน (Basic Level)	1. ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (Needed health knowledge and Understanding)
		2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (Accessing with information and service)
	L3: ระดับ วิจารณญาณ	5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

Global Health Promotion (WHO, 2013)	Level (Nutbeam, 2000)	Components (Nutbeam, 2008; Edward, Wood, Davies & Edwards, 2012)
	(Critical Level)	(Getting media and information literacy)
		6.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Making appropriate health decision to good practice)
2.ทักษะทางสังคม (Social Skills)	L2: ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interaction Level)	3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (Communicating for added professionals)
		4.การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง (Managing their health condition)
3.ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes)	การคงอยู่ของสุขภาพที่ดี (Healthy Maintain)	7. การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง (Self-care and maintain health)
		8. การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (Participating in social health activity)



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างเชิงสาเหตุของ
 ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

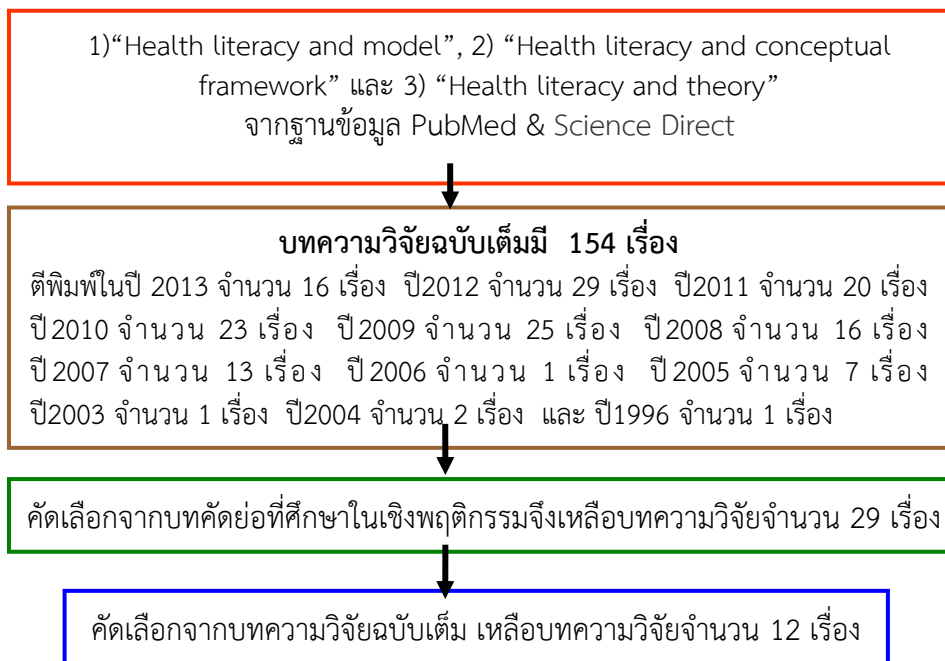


ภาพประกอบ 2 เส้นทางอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพ
 ที่มีต่อการควบคุมแลรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองตามสมมติฐาน

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. สังเคราะห์ดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ตามขั้นตอนตั้งแต่ การสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น (Key Word) ได้แก่ Health literacy and model , Health literacy and conceptual framework, Health literacy and ฐานข้อมูล PubMed & Science Direct ทำการอ่านและคัดเลือกงานวิจัยจากบทคัดย่อ และบทความวิจัยฉบับเต็ม ดังรายละเอียดขั้นตอนการคัดสรรงานวิจัยตามภาพประกอบ



ภาพประกอบ 3 แสดงแนวทางในการคัดสรรงานวิจัยเพื่อการสังเคราะห์งานวิจัย

2. สร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับพฤติกรรม 3๐ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุกดิบหรีและสุรา) โดยเริ่มด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมาไม่เกิน 5ปี จำนวน 3 คน และนำผลที่ได้งานวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องความรู้ด้านสุขภาพ มาใช้ในการสร้างแบบวัด

3. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงเนื้อหากับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขศึกษา ทางด้านการวัดผลพฤติกรรม และทางการแพทย์ และนำแบบวัดที่ปรับแก้เนื้อหา มาทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ทั้งในและนอกเขตเทศบาลใน 4 ภูมิภาค รวม 500 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าความยากง่ายของแบบวัด ความรู้และค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ที่มีค่า r ในช่วง .2-.8 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดฉบับที่มีค่ามากกว่า .6 ขึ้นไป ซึ่งปรับข้อคำถามและหลังจากนี้ นำเครื่องมือไปเก็บกับกลุ่มตัวอย่างจริง 13 จังหวัดรวม 4,500 คน ที่มาจากผู้ใหญ่ในชุมชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลใน 4 ภูมิภาค ๆ ละ 500 คน และนอกเขตเทศบาลใน 4 ภูมิภาค ๆ 500 คน รวมเป็น 4,000 คนและใน

กรุงเทพมหานคร 500 คน และได้รับการตอบกลับครบถ้วน 4,401 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 97.8 นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อสกัดข้อความที่มีค่าดัชนีองค์ประกอบต่ำกว่า .3 และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันต่อไป

4. ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบเส้นทางอิทธิพลกับผลวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือเริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กรณี มีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานในด้านการเรียนรู้ ขาดความตระหนักในการแสวงหาความรู้ ยังเคยชินกับการรอให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลหรือรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่รอบด้าน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด มักไม่ชอบซักถาม เพราะเกรงใจและกลัวจะโดนหมอดู ทำให้โอกาสได้รับความรู้มีน้อยไปด้วย จากข้อมูลประเมินได้ว่า ผู้รับบริการมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ระหว่างระดับพื้นฐาน กับระดับปฏิสัมพันธ์จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและผลการสกัดและยืนยันองค์ประกอบ

ค่าอำนาจจำแนกและค่าดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าอำนาจจำแนกและค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ

3.1 แบบทดสอบความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความยากง่าย	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1.อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรค.....	0.585	0.561	0.425
2.การกินผักหลายๆ ชนิดที่มีสีสันท่างกัน จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคใดมากที่สุด.....	0.634	0.520	0.390
3.ชนิดหนอยชอบกินขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง ชนิดหนอยน่าจะเสี่ยงต่อ.....	0.415	0.760	0.670
4.การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ	0.642	0.557	0.510
5.ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เราควร.....	0.431	0.784	0.622
6.บุคคลในข้อใด ที่มีการจัดการกับอารมณ์.....	0.626	0.589	0.536
7.หากต้องการคลายเครียด กระทำตาม.....	0.569	0.545	0.333
8.โรคในข้อใด ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการรับสารนิโคตินหรือคาร์บอนมอนอกไซด์ และ.....	0.512	0.443	0.561
9.บุคคลในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด	0.553	0.585	0.414
10.การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อ.....	0.447	0.776	0.657

ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = .684

3.2 แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3 อ 2 ส

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1.เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส ท่านสามารถ.....	.653	0.804
2.เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพท่านสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้จน.....	.725	0.821
3.ท่านมีปัญหากับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นขอคำปรึกษา.....	.625	0.724

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
4.ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2ส เพื่อ.....	.724	0.841
5.ท่านตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2ส จน .....	.672	0.814

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .861

3.3 แบบวัดการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1.ท่านฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 สจากบุคคลต่างๆแล้ว พบว่า.....	.554	0.798
2.ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้สามารถอ่านข้อมูลจากสื่อสุขภาพเกี่ยวกับ.....	.776	0.847
3.ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส ให้กับคนในครอบครัว หรือเพื่อนฟังจน.....	.776	0.735
4.ท่านเคยได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 สแล้ว พบว่า.....	.785	0.804
5.ท่านแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2ส .....	.847	0.755
6.ท่านสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก .....	.789	0.735

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .912

3.4 แบบวัดการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองตามหลัก 3 อ 2ส

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1.ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กินให้.....	.752	0.791
2.ท่านวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมาย.....	.697	0.746
3.ท่านประเมินอารมณ์ตนเองถ้าพบว่าเครียดท่านจะจัดการเพื่อ.....	.689	0.710
4.ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้าง.....	.761	0.773
5.ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเอง เพื่อให้ท่านมีการปฏิบัติตน .....	.740	0.776

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .887

3.5 แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3 อ 2ส

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1.เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าทางด้านสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความ .....	.675	0.389
2.เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์และเกิดความ .....	.710	0.771
3.ท่านใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ .....	.637	0.394

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
4.เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมิน.....	.601	0.663
5.ท่านมักพูดคุย วิพากษ์ วิเคราะห์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตน เพื่อ.....	.554	0.737

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .834

3.6 แบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1.เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้ กินอาหาร.....	.215	0.780
2.หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่า.....	.476	0.820
3.หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุมเร้าตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติ ตนในข้อใด	.217	0.754
4.หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะอย่างไร	.336	0.764
5.หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตน เช่นไร	.448	0.685

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .674

3.7 แบบวัดการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม

ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1.ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง	.596	0.677
2.การถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกัน.....	.757	0.815
3.การรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน	.798	0.861
4.จัดปัจจัยเอื้อต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ เช่น.....	.743	0.812
5.การกำหนดและบังคับใช้มาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกัน โรค.....	.644	0.779

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .870

3.8 แบบวัดการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
1.กินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอดหรือกะทิ	.251	0.468
2.กินอาหารรสเค็มหรือรสหวานจัด หรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่ม	.207	0.480
3.กินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	.455	0.486

ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ
4.มีการควบคุมการกิน โดยทุกมื้อจะคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับพอเพียงกับสภาพร่างกายตนเอง	.523	0.461
5.ทำงานใช้แรงกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก	.471	0.607
6.ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที	.438	0.553
7.เครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิดง่ายและยากที่จะผ่อนคลายลงโดยเร็ว	.445	0.540
8.มีการจัดการกับปัญหาของตนเองได้ด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ	.412	0.326
9.สูบบุหรี่ หรือยาเส้น	.301	0.541
10.ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	.386	0.578

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .710

เกณฑ์มาตรฐานการจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ของแต่ละองค์ประกอบในการวัด

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
1.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (10 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	0-4 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	ไม่ถูกต้อง	-รู้และเข้าใจในหลัก 3อ 2ส ยังไม่ถูกต้องดีพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน
	5-7 คะแนน หรือ $\geq 50 - \geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ถูกต้องบ้าง	รู้และเข้าใจในหลัก 3อ 2ส ที่ถูกต้องบ้างไม่ถูกต้องบ้างต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี
	8-10 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ถูกต้องที่สุด	- รู้และเข้าใจในหลัก 3อ 2ส อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	0- 9 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	- ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ
	10-15 คะแนนหรือ $\geq 50 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	- สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้
	16-20 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	-สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้และเป็นแบบอย่างที่ดีได้
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (6 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนนเต็ม 24 คะแนน)	0- 11 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	-ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้
	12-18 คะแนน หรือ $\geq 50 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	-สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
	19-24 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีความเชี่ยวชาญพอในด้านการฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ของตนเองอย่างถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดีได้
4.การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง (5 ข้อ ๆ ละ 4 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	0- 9 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้
	10-15 คะแนน หรือ $\geq 50 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายใน

องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
4 คะแนนเต็ม (20 คะแนน)	<80% ของคะแนนเต็ม		ตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่ตนเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
	16-20 คะแนน หรือ \geq 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการจัดการเงื่อนไขต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่ตนเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (5 ข้อๆ ละ 4 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	0-9 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่ต้องคิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน
	10-15 คะแนน หรือ \geq 50- <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่ออยู่บ้าง โดยมีการวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง
	16-20 คะแนน หรือ \geq 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อเฉพาะที่ผ่านการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองก่อนว่าถูกต้องจริงและเป็นแบบอย่างที่ดีได้
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (5 ข้อๆ ละ 4 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	0-9 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	-ไม่สนใจสุขภาพตนเอง ยึดมั่นทำตามตัวตามสบายโดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพตนเอง
	10-15 คะแนน หรือ \geq 50- <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	-มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น
	16-20 คะแนน หรือ \geq 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด
7. การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง 10 ข้อๆ ละ 4 คะแนนเต็ม 40 คะแนน)	0-19 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส ไม่ถูกต้อง
	20-31 คะแนน หรือ \geq 50- <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ
	32-40 คะแนน หรือ \geq 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ
8. การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (5 ข้อๆ ละ 4 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	0-9 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดีพอ	ไม่ได้เข้าหรือแทบจะไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม./แกนนำสุขภาพจัดขึ้น
	10-15 คะแนน หรือ \geq 50- <80% ของคะแนนเต็ม	พอใช้ได้	เข้าร่วมร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม./แกนนำสุขภาพจัดขึ้น ได้เป็นส่วนใหญ่
	16-20 คะแนน หรือ \geq 80% ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	เข้าร่วมร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม./แกนนำสุขภาพจัดขึ้น ได้เกือบทุกกิจกรรม

เกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

ทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีจำนวน 36 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 114

คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
ถ้าได้ 5-56 คะแนน หรือ <50% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส
ถ้าได้ 57 – 91.1 คะแนน หรือ \geq 50 – <80% ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องบ้าง

คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
91.2 -114 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการ ปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

เกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม) จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 60

เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนรวม	แปลผล
ถ้าได้ 0-29.9 คะแนน หรือ $<50\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้องและแทบจะไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพ
ถ้าได้ 30 – 47.9 คะแนน หรือ $\geq 50 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณเพียงพอแต่ถูกต้องบ้างมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพอยู่บ้าง
48 -60 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณที่มากเพียงพอต่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนจนเชี่ยวชาญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาเกณฑ์คะแนนความรู้ด้านสุขภาพตามระดับการรู้หนังสือ 3 ระดับ

องค์ประกอบ	คะแนนรวมที่ได้	แปลผล
ระดับพื้นฐาน องค์ประกอบ ที่ 1และ2 (คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน)	ถ้าได้ 0-14.9 คะแนน หรือ $<50\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับ ต่ำ
	ถ้าได้ 15-23.9 คะแนน หรือ $\geq 50 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับ ปานกลาง
	ถ้าได้ 24 -30 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับ สูง
ระดับ ปฏิสัมพันธ์ องค์ประกอบ ที่ 3 และ4 (คะแนนรวม เต็ม44คะแนน)	ถ้าได้ 0-14.9 คะแนน หรือ $<50\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล ต่ำ
	ถ้าได้ 22-35.1 คะแนน หรือ $\geq 50 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล ปานกลาง
	ถ้าได้ 35.2 -44 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล สูง
ระดับ วิจารณ์ญาณ องค์ประกอบ ที่ 5 และ 6 (คะแนนรวม เต็ม40คะแนน)	ถ้าได้ 5- 19.9 คะแนน หรือ $<50\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการคิดวิจารณ์ญาณ หรือ วิพากษ์ ต่ำ
	ถ้าได้ 20-31.9 คะแนน หรือ $\geq 50 - <80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการคิดวิจารณ์ญาณ หรือ วิพากษ์ ปานกลาง
	ถ้าได้ 32 -40 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการคิดวิจารณ์ญาณ หรือ วิพากษ์ สูง

จากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและการวิเคราะห์องค์ประกอบทำให้ได้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่มีคุณภาพเพียงพอที่นำไปใช้ได้จริง ดังต่อไปนี้

เลขที่บัตรประชาชน

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> จังหวัด..... | <input type="checkbox"/> อำเภอ |
| <input type="checkbox"/> ตำบล | <input type="checkbox"/> ชุมชน/หมู่บ้าน..... |
| <input type="checkbox"/> เขตเทศบาล | <input type="checkbox"/> นอกเขตเทศบาล |

**แบบวัด ความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยที่มี
อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส**

คำชี้แจง มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนไทยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยมุ่งพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส คือ อ1: อาหาร อ2: ออกกำลังกาย อ3: อารมณ์ ส1: สูบบุหรี่ และ ส2: สุรา โดย แบ่งเนื้อหาออกเป็น 9 ตอนรวม 64 ข้อ ดังนี้

- ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบวัด (13 ข้อ)
ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส (10 ข้อ)
ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส (5 ข้อ)
ตอนที่ 4 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (6 ข้อ)
ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (5 ข้อ)
ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (5 ข้อ)
ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส (5 ข้อ)
ตอนที่ 8 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม (5 ข้อ)
ตอนที่ 9 การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง (10 ข้อ)

แบบวัดฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานภาพด้านความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย ข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบใดๆ ทั้งสิ้น จึงขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางปัญญาสังคมและการปฏิบัติให้กับประชาชนต่อไป

ด้วยความขอบคุณยิ่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

- จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวคน
- จำนวนสมาชิกในครอบครัวอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปคน
- เพศ 1.ชาย 2.หญิง
- ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี..... เดือน
- ท่านนับถือศาสนา 1 พุทธ 2 คริสต์ 3.อิสลาม 4.อื่นๆ
- ท่านมีสถานภาพสมรสใด

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน
<input type="checkbox"/> 3. สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> 4. หม้าย
<input type="checkbox"/> 5. หย่า/แยก	<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ
- ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
--	--	--

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 5. อนุปริญญา/ปวส. 6.ปริญญาตรี
 7. สูงกว่าปริญญาตรี 8. อื่นๆ.....
8. ท่านประกอบอาชีพหลักอะไร
 1. ทำไร่ ทำนา ทำสวน 2. รับจ้างทั่วไป
 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 4. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 5. พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน 6. นักเรียน/นักศึกษา
 7. อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน 8. อื่นๆ
9. ท่านมีรายได้จากทุกแหล่งรวมกันในการเลี้ยงชีพตนเองโดยเฉลี่ยปีละเท่าใด
 1. ไม่มีรายได้ 2. ต่ำกว่า 10,000 บาท 3. 10,000-19,999บาท
 4. 20,000-29,999 บาท 5. 30,000-49,999 บาท 6. 50,000-99,999 บาท
 7. 100,000-299,999 บาท 8. 300,000 บาทขึ้นไป
10. ในระหว่าง 7 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร
 1. ดีมาก 2. ดี 3. ค่อนข้างดี 4. ค่อนข้างไม่ดี 5. ไม่ดี 6. ไม่ดีเลย
11. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วยหรือต้องไปพบแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่
 11.1 ความดันโลหิตสูง 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ
 11.2 เบาหวาน 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ
 11.3 หัวใจและหลอดเลือด 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ
 11.4 ไขมันในเลือดสูง 1. มี 2. ไม่มี 3. ไม่ทราบ
12. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจร่างกายหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเหล่านี้หรือไม่
- 12.1 ความดันโลหิตสูง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. มีบิดา/มารดาหรือพี่น้องสายตรงป่วยด้วยโรคนี้ 2. มีไขมันในเลือดสูง
 3. เคยตรวจพบว่ามีความดันในเลือดสูงกว่าปกติ 4. มีรูปร่างอ้วน/อ้วนลงพุง 5. เคยหรือยังสูบบุหรี่อยู่
 6. เคยหรือยังดื่มสุรา 7. ไม่ออกกำลังกาย
 8. ไม่เคยตรวจร่างกาย 9. ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
- 12.2 เบาหวาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. มีบิดา/มารดาหรือพี่น้องสายตรงป่วยด้วยโรคนี้ 2. มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ
 3. มีรูปร่างอ้วน/อ้วนลงพุง 4. ชอบทานอาหารรสหวาน 5. ไม่เคยตรวจร่างกาย
 6. ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน
- 12.3 หัวใจและหลอดเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. มีความดันเลือดสูงกว่าปกติมาตลอด 2. มีไขมันในเลือดสูง
 3. เคยเป็นอัมพฤกษ์ 4. มีรูปร่างอ้วนหรืออ้วนลงพุง 5. มีบิดา/มารดาเป็นโรคนี้
 6. ชอบทานอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด 7. สูบบุหรี่บ่อย 8. ดื่มสุราบ่อย
 9. ไม่ออกกำลังกาย 10. ไม่เคยตรวจร่างกาย 6. ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ
13. ท่านใช้บัตรประกันสุขภาพประเภทใด เป็นประจำเมื่อมาพบแพทย์
 1. บัตรทอง 30 บาท 2. บัตรประกันสังคม 3. สวัสดิการข้าราชการ
 4. บัตรประกันชีวิต 5. บัตรทหารผ่านศึก 6. จ่ายเงินสด
 7. มีบัตรอื่นแทน ระบุ.....

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เกี่ยวกับหลักปฏิบัติตนตาม 3อ 2ส

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ ○ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

- อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

ก. อาหารที่มีรสเค็มจัด	ข. อาหารที่ใช้ไขมันทอดซ้ำบ่อย
ค. อาหารที่มีรสหวานจัด	ง. อาหารหมักดอง
- การกินผักหลายๆ ชนิดที่มีสีต่างกัน จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคใดมากที่สุด

ก. ความดันโลหิตสูง	ข. มะเร็ง
ค. เบาหวาน	ง. ไขมันในเลือดสูง
- ชนิดหน่ยชอบกินขนมหวาน เช่น ทองหยอด ฝอยทอง ชนิดหน่ยจะเสี่ยงเป็นโรคใดมากที่สุด

ก. ไขมันในเลือดสูง	ข. ไตวายเฉียบพลัน
ค. ความดันโลหิตสูง	ง. เบาหวาน
- การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้

ก. ออกกำลังกายจนเหนื่อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที
ข. ออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 60 นาที
ค. ออกกำลังกายการทำงานบ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที
ง. ออกกำลังกายอย่างหนักแล้วพักผ่อนให้มากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
- การออกกำลังกายทุกครั้ง เราควรกระทำตามบุคคลในข้อใด

ก. รัชชยดื่มน้ำให้มากๆ ทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
ข. ธารนืออบอุ่นร่างกายก่อนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย
ค. ทวีปทานอาหารให้อิ่มทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย
ง. เทวัญออกกำลังกายอย่างหนักตลอดช่วงเวลาของการออกกำลังกาย
- บุคคลในข้อใด ที่มีการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ดี

ก. วีระคิดหาทางแก้ปัญหาทุกเรื่องให้ได้
ข. ชัยยศคอยระวังคนนินทาว่าร้ายตัวเอง
ค. นงคราญตั้งใจทำงานอย่างเป็นสุข
ง. น้อยหน้าเข้าวัดฟังธรรมแม้จะไม่อยากเข้าก็ตาม
- หากต้องการคลายเครียด กระทำตามข้อใดได้ผลดีที่สุด

ก. กินอาหารให้เพลิน อ่านหนังสือที่ชอบ
ข. ออกกำลังกายจนเหงื่อออก สวดมนต์นั่งสมาธิ
ค. ดูละครหลังข่าว นอนพักให้มาก
ง. ทำงานให้มาก หยุดพักไปท่องเที่ยว
- โรคในข้อใด ที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการรับสารนิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ และไฮยาไนด์ จากควันบุหรี่

ก. โรคถุงลมโป่งพอง	ข. โรคหัวใจและหลอดเลือด
ค. โรคมะเร็งปอด	ง. โรคมะเร็งในตับ
- บุคคลในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงที่สุด

ก. ด.ช. นิด กินข้าวพร้อมกับพ่อที่สูบบุหรี่อยู่ตลอดเวลา
ข. นายน้อย สูบบุหรี่ไปคุยไป
ค. นางสาวแดง ลองหัดสูบบุหรี่ ตามคำชวนของเพื่อน
ง. นายชด สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียด

10.การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาใดมากที่สุด

- ก. โรคตับแข็ง ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ
 ข. โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน
 ค. โรคอ้วน โรคกระเพาะ โรคปอด
 ง. โรคมะเร็ง โรคเครียด โรคไตวายเฉียบพลัน

ตอนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
1.เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ที่ทันที					
2.เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพท่านสามารถค้นหาข้อมูล หรือสอบถามผู้รู้ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย					
3.ท่านมีปัญหาการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะป็นขอ คำปรึกษาจากผู้รู้จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต (ข้อลบ)					
4.ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง โดยสืบค้นหรือสอบถามจากหลายๆ แหล่ง					
5.ท่านตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
1.ท่านฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตาม หลัก3อ 2ส จากบุคคลต่างๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาบ่อยครั้งแค่ไหน (ข้อลบ)					
2.ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยฝึกให้ท่านสามารถอ่าน ข้อมูลจากสื่อสุขภาพเกี่ยวกับเรื่อง 3อ 2ส ได้บ่อยครั้ง แค่นั้น					
3.ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ให้กับคนใน ครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจอยู่บ่อยครั้งแค่นั้น					
4.ท่านได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส แล้ว พบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่นั้น (ข้อลบ)					
5.ท่านแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตาม หลัก 3อ 2ส เพื่อให้คนอื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่นั้น					
6.ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ที่ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่นั้น					

ตอนที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
1.ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่กิน ให้พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
2.ท่านวางเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
3.ท่านประเมินอารมณ์ตนเองถ้าพบว่าเครียดท่านจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพของท่าน บ่อยครั้งแค่ไหน					
4.ท่านได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3อ 2ส บ่อยครั้งแค่ไหน					
5.ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเอง เพื่อให้ท่านมีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3อ 2ส ได้มากขึ้นบ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
1.เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
2.เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจากเว็บไซต์และเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
3.ท่านใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ นั้นก่อนที่จะปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					
4.เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันที บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. เมื่อท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิจัยเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส กับผู้อื่น โดยที่ท่านมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					

ตอนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ ○ ล้อมรอบตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติ/คาดว่าจะปฏิบัติ

1. เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชื้อเชิญให้กินอาหารที่ไม่ค่อยดีต่อสุขภาพ เช่น หวาน หรือ มัน จนเกินไป ท่านจะตัดสินใจอย่างไร
 - ก. กินตามคำเชิญนั้นทันที (1)
 - ข. กินตามคำเชิญนั้น แต่กินในปริมาณที่น้อย (2)
 - ค. ขอขอบคุณ แต่เสี่ยงที่จะไปกินอาหารประเภทอื่นที่ดีต่อสุขภาพแทน (3)
 - ง. ขอขอบคุณและบอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพไม่สามารถกินอาหารดังกล่าวได้ (4)
2. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่ เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร
 - ก. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมๆ กับเพื่อน (1)
 - ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็ค่อยหยุดตามเพื่อน (2)
 - ค. ไปออกกำลังกายตามลำพัง ไม่ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม (3)
 - ง. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น (4)
3. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุมเร้าตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด
 - ก. หากกิจกรรมที่ตนเองชอบทำแทน (1)
 - ข. ออกกำลังกาย เพื่อให้เหงื่อออก (2)
 - ค. สวดมนต์ภาวนา ตามศาสนาที่ตนเองยึดถือ (3)
 - ง. ทำใจเป็นกลาง มองโลกในแง่ดี (4)
4. หากคุณพ่อหรือคุณแม่ของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะอย่างไร
 - ก. ไม่ว่าจะอะไร ปล่อยให้ตามสบาย (1)
 - ข. เลี่ยงออกไปห่าง ๆ จากควันบุหรี่ (2)
 - ค. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเอง คุณแม่เอง (3)
 - ง. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเอง คุณแม่เองและบุคคลในครอบครัว (4)
5. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนเช่นไร
 - ก. ดื่มตามคำชวนของเพื่อน (1)
 - ข. ดื่มแต่พอเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เสียมารยาท (2)
 - ค. ดื่มตามคำชวนและให้เพื่อนขับรถไปส่ง (3)
 - ง. ปฏิเสธและให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง (4)

ตอนที่ 8 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่าน เคย เข้าร่วมกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือคนในชุมชน จัดขึ้นต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
1. เข้าร่วมกิจกรรมประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ของตนเองและผู้อื่น					
2. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เช่น เข้าประชุมหมู่บ้านให้ความรู้สุขภาพ อสม. เยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ด้านดูแลสุขภาพ ช่วยงานด้านสุขภาพของชุมชน/สถานพยาบาล เป็นต้น					
3. เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชนเสมอ					
4. ร่วมจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้อื่น เช่น จัดให้มีหอกระจายข่าวสารด้านสุขภาพในชุมชน					

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง (4)	บ่อยครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	นานๆครั้ง (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
จัดศูนย์การเรียนรู้สุขภาพในชุมชน จัดลานออกกำลังกาย จัดให้มีร้านค้า อาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น					
5.ร่วมกำหนดและบังคับใช้มาตรการทางสังคมในการดูแลสุขภาพ เช่น ร่วมกำหนดให้เป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่ กำหนดให้งานบุญต้องไม่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดให้ทุกคนต้องเป็นสมาชิกชมรมด้านสุขภาพของหมู่บ้าน เป็นต้น					

ตอนที่ 9 การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

โปรดทำเครื่องหมาย/ในช่อง และเติมข้อความในช่องว่างของแต่ละข้อที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7วัน/ สัปดาห์ (4)	4-5วัน/ สัปดาห์ (3)	3 วัน/ สัปดาห์ (2)	1-2วัน/ สัปดาห์ (1)	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)
1.กินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอดหรือกะทิ					
2.กินอาหารรสเค็มหรือรสหวานจัด หรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่ม					
3.กินผักและผลไม้สดสะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม					
4.มีการควบคุมการกิน โดยทุกมื้อจะคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณพลังงานของอาหารที่ได้รับพอเพียงกับสภาพร่างกายตนเอง					
5.ทำงานใช้ร่างกายหรือเคลื่อนไหวต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก					
6.ออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยวันละ 30 นาที					
7.เครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิดง่ายและยากที่จะ ผ่อนคลายลงโดยเร็ว					
8.มีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ					
9.สูบบุหรี่หรือยาเส้นหรืออยู่ใกล้ซิดกับผู้สูบบุหรี่เสมอ					
10.ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					

ผลการใช้เครื่องมือวัดเพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ข้อมูลเบื้องต้น ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์

รายงานผลการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบ 2 ชั้นโดยชั้นแรกสุ่มอย่างง่ายให้ได้จังหวัดที่มาจากทุกภูมิภาค ๆ ละ 3 จังหวัดและชั้นสองสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตาจังหวัดละ 300-350 คนที่กระจายอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาลจากประชากร 13 จังหวัดรวมกรุงเทพมหานครจาก 4 ภูมิภาคได้แก่ ภาคเหนือมี แพร่ ตาก พิษณุโลก ภาคกลางมี อ่างทอง เพชรบุรี นครปฐม ภาคตะวันออกมี ฉะเชิงเทรา นครนายก อุดรธานี ยโสธร ขอนแก่น ภาคใต้มี พังงา ชุมพร ปัตตานี และกรุงเทพมหานครรวมทั้งสิ้นจำนวน 4,401 คนที่ตอบแบบวัดที่มีความสมบูรณ์ครบทุกข้อ

จากผลการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจากกลุ่มตัวอย่าง 4,401 คน พบผลดังตารางและกราฟแสดงจำแนกตามรายองค์ประกอบและภาพรวมทั้ง 6 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพภาพรวมทั้ง 6 องค์ประกอบโดยแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดีพอ	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส	1007	22.9
พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องบ้าง	3169	72.0
ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้อย่างถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ	225	5.1

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งด้านการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส และการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม แบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพ	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้น้อยและไม่ค่อยถูกต้องและแทบจะไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพ	2356	53.5
พอใช้	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณเพียงพอแต่ถูกต้องบ้างมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพอยู่บ้าง	1967	44.7
ดีมาก	เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ได้ปริมาณที่มากเพียงพอต่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนจนเชี่ยวชาญและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	78	1.8

จากตาราง 4 และ 5 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ได้ โดยโน้มเอียงไปในระดับไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 72.0 และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ การคงดูแลรักษาสุขภาพที่ดีและมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 53.5

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้ด้านสุขภาพตามระดับการเรียนรู้ 3 ระดับ

องค์ประกอบ	ระดับ HL	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพื้นฐาน	ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับ ต่ำ	1196	27.2
	พอใช้	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับ ปานกลาง	2755	62.6
	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับ สูง	450	10.2
ระดับปฏิสัมพันธ์	ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ต่ำ	1786	40.6

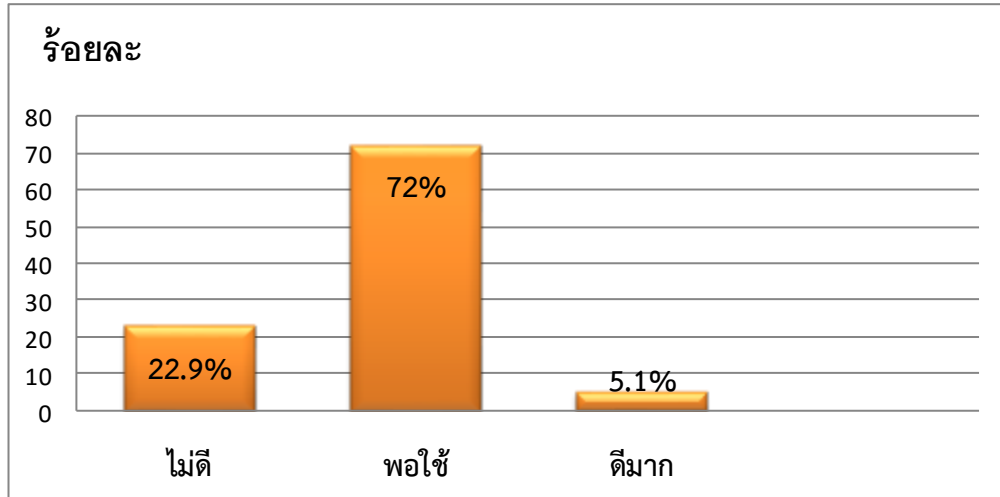
องค์ประกอบ	ระดับ HL	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
	พอใช้	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปานกลาง	2308	52.4
	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สูง	307	7.0
ระดับ วิจารณ์ญาณ	ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการมีวิจารณ์ญาณ ต่ำ	465	10.5
	พอใช้	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการมีวิจารณ์ญาณ ปานกลาง	2932	66.6
	ดีมาก	เป็นผู้ที่มีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับการมีวิจารณ์ญาณ สูง	1007	22.9

จากตารางข้างต้นสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับทักษะทางปัญญาและสังคม พบว่า เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีทักษะทางปัญญาอยู่ในระดับพอใช้ โดยโน้มเอียงไปในทางระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 62.6 ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ โดยโน้มเอียงไปในทางระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 52.4 และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับพอใช้ โดยโน้มเอียงไปในทางระดับ ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 66.6

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งระดับตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

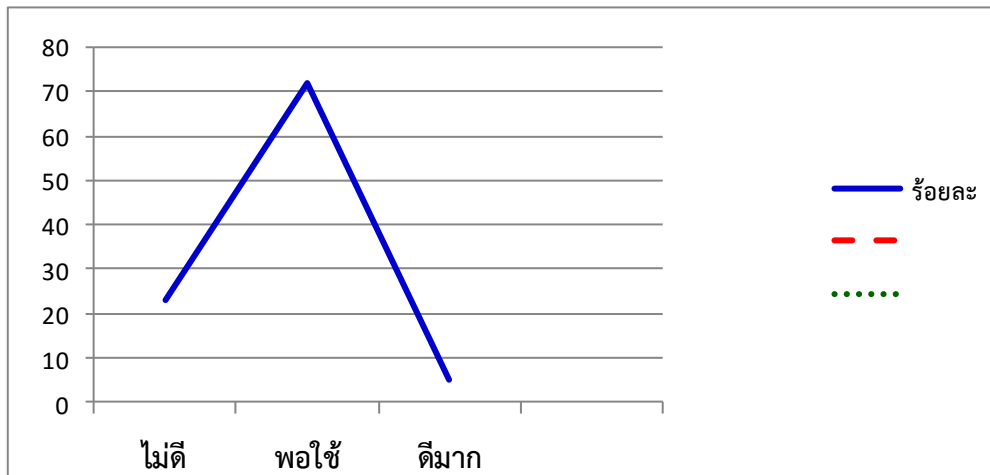
องค์ประกอบที่	ระดับ HL	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	ไม่ถูกต้อง	1608	36.5
	ถูกต้องบ้าง	1392	31.6
	ถูกต้อง	1401	31.8
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	ไม่ดีพอ	1261	28.7
	พอใช้	2416	54.9
	ดีมาก	724	16.5
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	ไม่ดีพอ	2638	59.9
	พอใช้	1380	31.4
	ดีมาก	383	8.7
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง	ไม่ดีพอ	1260	28.6
	พอใช้	2528	57.4
	ดีมาก	613	13.9
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	ไม่ดีพอ	1179	26.8
	พอใช้	2342	53.2
	ดีมาก	880	20.0
6. การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	ไม่ดีพอ	216	4.9
	พอใช้	2124	48.3
	ดีมาก	2061	46.8
7. การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง	ไม่ดีพอ	2193	49.8

องค์ประกอบที่	ระดับ HL	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	พอใช้	2043	46.4
	ดีมาก	165	3.7
8.การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	ไม่ดีพอ	3256	74.0
	พอใช้	263	6.0
	ดีมาก	882	20.0



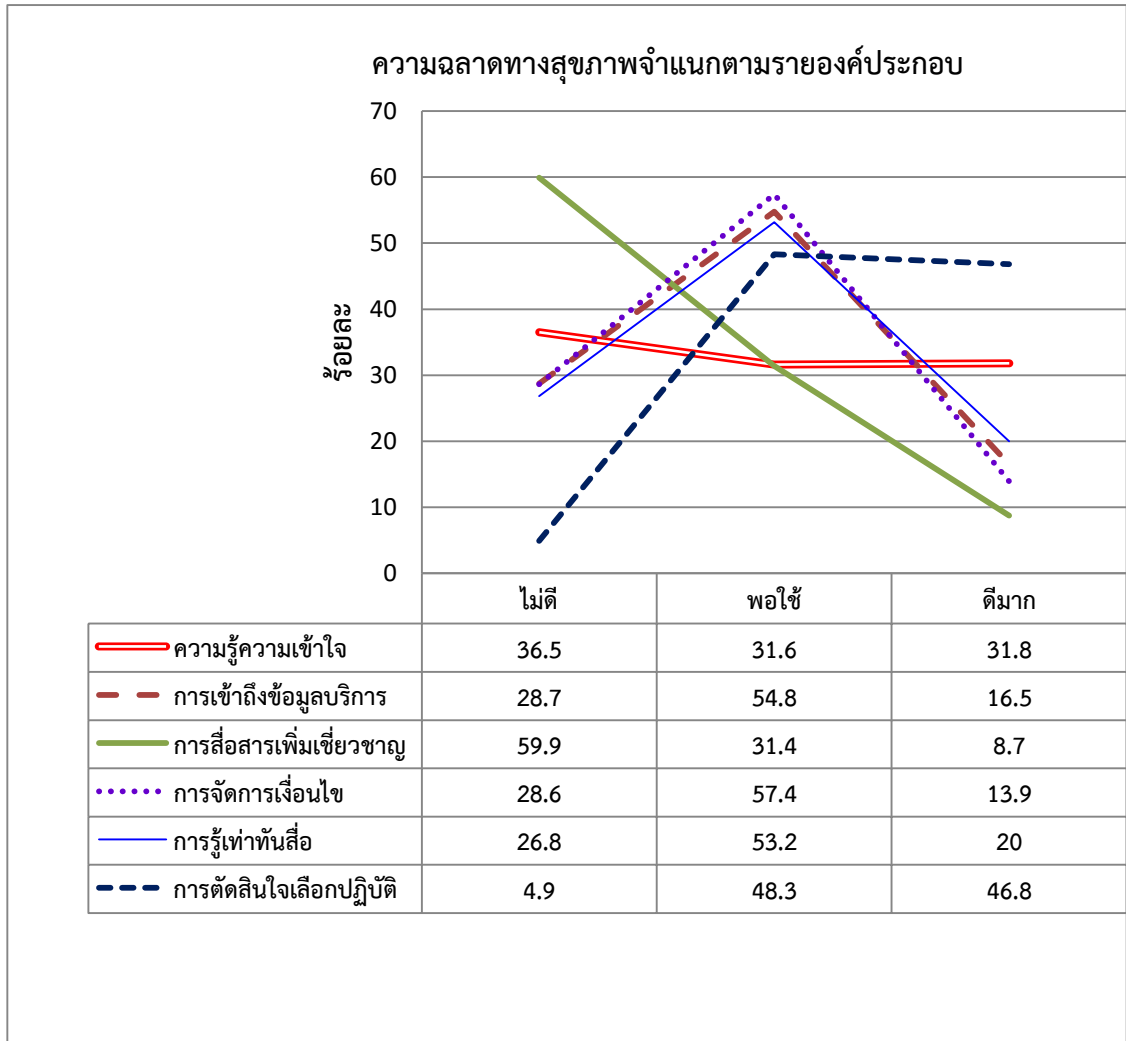
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ภาพประกอบ 4 การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม 6 องค์ประกอบ



ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

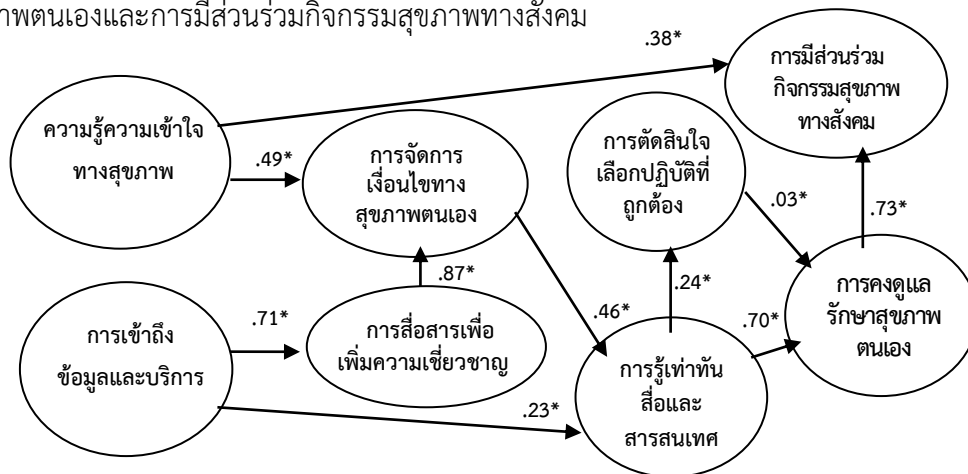
ภาพประกอบ 5 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับทักษะ



ภาพประกอบ 6 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามรายองค์ประกอบ

จากกราฟแสดง การเปรียบเทียบพบว่า คนไทยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเกือบทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

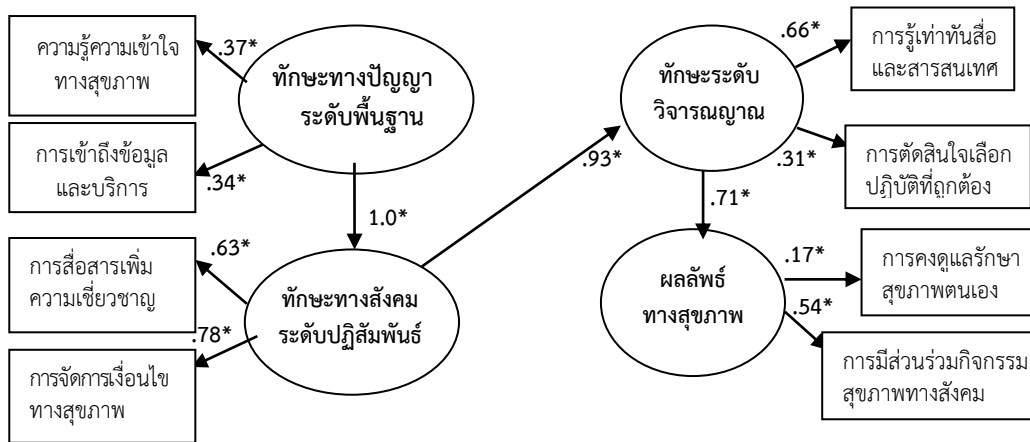
2. ผลการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล ระหว่างองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม



ภาพประกอบ7 รูปแบบเส้นทางอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีต่อการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม

พบผลการทดสอบมีความสอดคล้องของรูปแบบเส้นทางอิทธิพลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าสถิติยืนยัน $\chi^2=27.48$, $df=7$, $p\text{-value}=0.0027$, $RMSEA=.032$ ดังภาพประกอบ พบว่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมได้รับอิทธิพลสำคัญจาก การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของบุคคล ซึ่งจะมีเพิ่มขึ้นได้ต้องมาจาก 3 เส้นทางหลัก *เส้นทางที่1* เริ่มต้นมาจาก การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผ่านมายัง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .49, .46, .24 และ.13 ตามลำดับ ส่วน *เส้นทางที่ 2* เริ่มจาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ส่งต่อมายัง การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .71, .87, .46, .24 และ.03 ตามลำดับ และ*เส้นทางที่3* เริ่มจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการส่งตรงมายังรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .23, .70 ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการคงดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม



ภาพประกอบ 8 ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้านความฉลาดทางสุขภาพ ที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากภาพประกอบ จะเห็นได้ว่า ทักษะทางปัญญาในระดับพื้นฐานที่วัดจาก ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยส่งผ่านทักษะทางสังคมระดับปฏิสัมพันธ์และทักษะทางปัญญาในระดับวิจารณญาณ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 1.0, .93 และ .71 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดโมเดลความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ **ระดับ1** Basic/Functional Literacy เป็นระดับพื้นฐาน **ระดับ2** Communicative/ Interactive Literacy เป็นระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และ **ระดับ 3** Critical Literacy เป็นความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณญาณ

4. ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

กรณีตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ได้จากกรณีศึกษา 3 คน ดังนี้

กรณีแบบอย่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังจากเกิดวิกฤตต่อสุขภาพตนเอง

ประสบการณ์จากผู้ที่ประสบความสำเร็จในการลดรอบเอวและน้ำหนักตัวได้อยู่ในช่วง 5-10 กิโลกรัมในระยะเวลา 5 เดือนในช่วงที่ตัดสินใจเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองโดยเริ่มจากการใส่ใจสุขภาพมากขึ้นโดยเริ่มมีการกำกับและดูแลสุขภาพตนเองด้วยการทำพฤติกรรม 3อ 2ส อย่างต่อเนื่องได้แก่ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและควบคุมอารมณ์ตนเอง งดการสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา ดังแบบอย่างของกรณีศึกษา ที่ให้ข้อมูลไว้ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

มูลเหตุจูงใจที่ทำให้หันกลับมาสนใจ ดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง

กรณีคนที่หนึ่ง มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยร้ายแรง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “ทรมาณมาก อยากจะทำอะไรก็ทำไม่ได้ อยากจะขี้จกขี้เยนเหมือนคนอื่นเขาก็ไม่ได้ทำ เล่าพร้อมกับสีหน้าที่รับรู้ได้ว่าทรมาณจริงๆ และเล่าต่อว่า เมื่อตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลพบว่า เป็นความดันโลหิตสูงก็ไม่คิดอะไรทุกอย่างยังทำตัวปกติเหมือนเดิม หมอให้กินยาก็กินบ้างไม่กินบ้าง วันไหนอยากกินก็กิน วันไหนไม่อยากกินก็ไม่กิน เป็นมานานหลายปีก็ไม่ทำอะไรเปลี่ยนแปลง อาหารที่ชอบคือ พวกที่มีกะทิ ขาหมูและของหวาน อยากกินอะไรก็กินไม่ได้คิดอะไร ร่างกายเราก็แข็งแรงดี ถึงแม้แพทย์เคยให้ความรู้เรื่องภัยมีตจากการกินเป็นอันตรายต่อหลอดเลือด ก็ไม่ได้สนใจ แพทย์ได้อธิบายมีรูปประกอบที่น่ากลัว ก็ไม่เข้าใจและไม่เชื่อเพราะว่าเราก็แข็งแรงดี ทั้งๆที่มีพี่น้องในครอบครัวตายหมดแล้วเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาด้วยโรคหลอดเลือดในสมองแตก

แต่แล้ววันหนึ่งมีเหตุการณ์ที่เกิดกับตนเอง เมื่อกลางปี เริ่มมีอาการปวดศีรษะ เมื่อลุกเข้าห้องน้ำรู้สึกตัวอ่อนแอแรงซีกซ้ายทั้งแขนขา รู้สึกว่าตัวหนักๆ ควบคุมไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลในเวลาเช้ามืด มีความรู้สึกอยากจะทำอะไรก็ไม่ได้ทำอะไร หมอบอกว่าน่าจะมีปัญหาหลอดเลือดสมอง เนื่องจากอ้วน มีไขมันคอเลสเตอรอลสูงและมีความดันโลหิตสูงด้วย และภายหลังสแกนสมองแล้วว่าเป็นเส้นเลือดในสมองจะแตกแล้วต้องรีบส่งตัวไปผ่าตัดด่วน ระหว่างนั้นนึกกลัวและที่ตั้งสติว่าขอให้รอดจากภาวะวิกฤตินี้ด้วย ในใจมีความรู้สึกว่าจะบรยากาศตอนนั้น ทำไมคนมาอยู่รอบๆตัวซุกซุนไปหมด ทั้งเงาเงา แสงเงาเงา อยู่บริเวณแขนข้างขาบ้าง เวลาล่วงเลยมารู้สึกว่าแก้มข้างซ้ายหนักๆ ลิ้นแข็ง หน้าอกแข็งมาก หัวใจเต้นไม่ปกติและในที่สุดก็วูบไปไม่รู้รู้สึกตัว มารู้ตัวอีกทีก็อยู่ในห้อง ICU ขยับตัวไม่ได้ แม้แต่จะขยับนิ้วก็ทำไม่ได้ นี่เราเป็นอะไรขณะที่เล่ารับทราบได้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานของเธอ หมอบอกดิฉันว่าคงผ่าตัดไม่ได้เพราะอยู่ลึกมากมันอันตราย ในใจคิดแต่ว่าดิฉันอยากรอดชีวิตออกไปจากที่นี่เพราะความตายมันอยู่แค่เอื้อมเท่านั้น

“หมอพยายามที่จะช่วยชีวิตเราอย่างถึงที่สุดให้น้ำเกลือ ฉีดยาหลายอย่างเข้าไป เราไม่รู้เพียงแต่ปากแข็งๆ หมอบอกกับเราว่าพูดไม่ค่อยชัดนะ ตามตัวซีกซ้ายขยับไม่ได้ ขณะนั้นไม่มีใครอยู่เราอยากเข้าห้องน้ำมาก ดิฉันพยายามที่จะไปเข้าห้องน้ำพยาบาลมาเห็นพอดี ดิฉันจึงถูกว่าเลยซึ่งเขาบอกว่าถ้าล้มไปจะเป็นอันตรายมาก จากนั้นก็นอนอยู่บนเตียงผู้เฝ้าคอยนับวันจาก 1 วัน 2 วันและ 2 สัปดาห์และใน 2 สัปดาห์ที่อยู่โรงพยาบาลทำให้ได้คิด ถ้าได้กลับไปจะเริ่มต้นปฏิบัติตัวใหม่โดยจะกินอย่างมีสติ ไม่ตามใจปาก เพราะเหนื่อยกับความพยายามที่จะทำเหมือนคนอื่น ๆ พยายามที่จะอาสาทำงานที่ได้ลูกเดินไปตามหน่วยงานต่างๆ จนหัวหน้าบอกว่า “ไหวหรือ” และต้องทนกับสายตาของหลายๆคนที่มองเหมือนเราเป็นคนไม่ปกติ แต่เราจะไม่ย่อท้อเพราะถ้าเราท้อใครจะมาดูแลเราแล้วเราจะอยู่อย่างไรต่อไป”

“อยากบอกหลายคนที่ไม่สนใจสุขภาพตนเองเพราะการเป็นโรคในกลุ่มนี้ไม่อยากให้เขาทราบเหมือนเรา ถ้าเป็นไปได้อยากกลับไปเป็นคนเดิมที่สามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง และที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะเราไม่มีการจัดการสุขภาพตนเอง ต้องการบอกเพื่อนๆว่าพวกคุณยังโชคดีมีโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนนิสัยการกิน การออกกำลังกาย ยังไม่เป็นแบบติดันและคุณยังได้มีโอกาสได้ทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ คุณพยาบาลเขาสอนเราดีให้เรานำไปทำจริงๆ จะทำให้ตัวเองสุขภาพดีด้วย เทคนิคสกัดกั้นความอยากจะบอกตนเองว่า ความอร่อยมันมาแป๊บเดียวเท่านั้นเอง แท้จริงมันไม่มีประโยชน์ แต่สุขภาพมันอยู่กับเราอีกนาน และควรให้โอกาสดีกับตัวเอง จากประสบการณ์นี้จึงขอฝากด้วยใจจริงด้วยน้ำเสียงที่สั่นเครือ สายตา ท่าทางวิงวอน เพื่อนๆในกลุ่มสงบนิ่งฟังอย่างตั้งใจเหมือนถูกมนต์สะกด”

กรณีที่สอง มีสาเหตุมาจากการสภาพแวดล้อมรอบตัวที่อุดมไปด้วยอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดที่ตนเองไม่สามารถปฏิเสธได้ จึงเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเอง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “บ้านอยู่ติดทะเล และความรู้ในเรื่อง คอเลสเตอรอล นั้นบอกได้เลยว่าเป็นศูนย์ เดือนนึงก็จะกลับไปเยี่ยมบ้านที กลับไปพี่น้องๆ ที่บ้านก็ซื้อโน่นซื้อนี่มาให้กินอยู่เสมอและขาดไม่ได้ก็เป็นจำพวกปลาหมึก กุ้ง ปู หอย เขารู้ว่าเราชอบ กินที่บ้านยังไม่พอยังเตรียมห่อให้เรานำกลับมากินต่อที่กรุงเทพฯ ในปริมาณมาก ๆ ทุกครั้งที่กลับบ้าน พี่ๆน้องๆล้วนรักเราและคิดว่าเราจะไม่ได้กิน เพราะอยู่ที่ในเมือง ข้าวของราคาแพงและที่สำคัญไม่อร่อยเหมือนที่บ้าน เรากลัวพี่ๆน้องๆจะเสียใจและก็ของเขาร่อยจริงๆ จากวันนั้นถึงวันนี้ก็กินหลายปีอยู่ เมื่อผลการตรวจสุขภาพในตอนแรกๆ ก็ไม่มีอะไรที่สังเกตเห็นว่าเปลี่ยนไปก็คือ คอเลสเตอรอล ที่จะสูงขึ้นทุกปี น้ำหนักก็ขึ้นมาเกือบตลอด คนข้างเคียงก็คือสามี ไม่เคยห้ามเลยคะ บอกว่ากินเข้าไปเถอะอ้วนๆแหละดี จนต่อมาใน 2 ปีที่แล้ว ผลการตรวจเลือดออกมาพบว่า คอเลสเตอรอล ขึ้นไปถึง 300 (ปกติต้องไม่เกิน 200 mg%) และพี่ที่ทำงานบอกว่า “น้องทราบหรือไม่ว่าน้องมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจหลอดเลือดสมองและอาจตายทันทีได้โดยไม่รู้ตัว” จึงตกใจมากเราจะเป็นอย่างไหนหรือเปล่าไปหาหมอ หมอก็บอกว่าต้องกินยา นึกห่วงลูกก็ยังเล็ก จึงกังวลและเครียดและเริ่มมีอาการวูบๆ เราจะทำอย่างไรดี และก็มีพี่ๆมาชวนเข้าร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมเพื่อลดไขมันในเส้นเลือดของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่บอกว่าจะทำให้เราเห็นภาพชัดขึ้นว่าเราควรทำอย่างไรที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตัวเองต่อไป”

กรณีที่สาม มีสาเหตุมาจากไม่มีความรู้พื้นฐานและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ จึงเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเอง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “เดินผ่านตลาดกลิ่นหอมเตะจมูกมาก คงไม่มีอะไรที่จะหอมเกินหมูทอดและเนื้อทอดไปได้ กลิ่นเหย้ายวนชวนเสียดังค์จริงและก็อดใจไม่ได้ ตัวฉันเองเป็นแม่บ้านคะ วันๆก็ทำแต่กวาดแต่ถู ไม่ค่อยรู้อะไร เหนื่อยก็หยุดพักกินและฉันมีความเชื่อว่าการใช้แรงมากๆ ก็ต้องกินเข้าไปให้มากๆเพื่อจะได้มีแรงและของทีนิยมของดิฉันก็คืออาหารจำพวกทอดๆโดยเฉพาะพวกมันฝรั่ง หมูทอด เห็นอะไรก็กินไปหมดไม่เคยรู้เลยว่าการตามใจปากจะส่งผลร้ายให้กับตัวเอง จนพี่ๆมาชวนเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ ตอนแรกก็ยังไม่รู้แต่ว่าก็อยากลองเข้าร่วมดู ไปนั่งฟังฟังรู้ว่าคนเราเกิดมากินเพื่ออยู่มิใช่อยู่เพื่อกิน ปวดหัว มีหน้ามืดวูบๆเป็นบางครั้ง เอ๊ะเราเป็นอะไร ไปฟังบรรยายเริ่มเข้าใจว่ามันเป็นสัญญาณเตือนของกลุ่มโรคเรื้อรังที่ระบบการเผาผลาญในร่างกายเสียไป ก็ฟังรู้แหละที่เขาเรียกกันว่า โรคเมตาบอลิก จึงรีบกลับบ้านไปดูแลตรวจคอเลสเตอรอล ที่ผ่านมามีทั้งที่ไม่เคยสนใจที่จะคุมมันมาก่อน โอ้โหใช่เลย คอเลสเตอรอลปาเข้าไปตั้ง 373 (ปกติต้องไม่เกิน 200 mg%) ทำอย่างไรดีละเรา เริ่มคิดถึงคำบรรยายของอาจารย์ ว่าทุกอย่างเริ่มที่ตัวเรา ถ้าเราไม่ดูแลตัวเองก็ไม่มีใครที่จะช่วยเราได้ ความกลัวเริ่มเข้ามาเยือน ก็คือกลัวตายนั่นเอง แล้วคนอื่นๆ ในครอบครัวและเขาจะอยู่อย่างไรถ้าไม่มีเราและก็ได้แรงบันดาลใจจนหันกลับมาดูแลตนเองจนถึงทุกวันนี้ ”

ปฏิบัติตนอย่างไรเพื่อคงมีสุขภาพที่ดี

กรณีที่หนึ่ง เริ่มจากการเข้าร่วมกิจกรรมและได้เรียนรู้วิธีการจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปรับพฤติกรรม ทำให้รู้เรื่องและมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าเราทำได้ มาผสมผสานกัน

กับความกลัวถึงภัยคุกคามของโรค โดยนำประสบการณ์ที่ตนเองทุกข์ทรมานมาเป็นตัวตั้งต้นในการตั้งเป้าหมายชีวิตของตนเองและปรับเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ที่ได้รับความรู้ คำแนะนำต่างๆ จากการสนทนากับผู้รู้จริงด้านสุขภาพจึงได้มีการดูแลกำกับการกิน การออกกำลังกายของตนเอง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “ได้รู้ ในเรื่องการกินอาหารว่า ไม่ใช่การอด แต่เป็นความฉลาดที่จะเลือกกินเลือกใช้ต่างหาก และต้องออกกำลังกายให้เหมาะกับตนเอง ไม่ใช่หักโหมมากเกินไป หรือทำตามแพชชั่นเท่านั้นแต่เป็นการทำเพื่อตนเองสม่ำเสมอ และต้องพยายามควบคุมอารมณ์ตนเองโดยยึดหลักธรรมชาติให้มาก เพราะการรู้และเชื่อในความสามารถของตนเองโดยดูจากการเจ็บป่วยของเราเองเป็นหลักส่งผลให้เราเร่งรีบหรือเลิกพฤติกรรมการกินการอยู่ที่ทำให้สุขภาพของเราไม่ดี และทำให้รู้ถึงประโยชน์ของการกระทำที่ถูกต้องของเราเอง ว่ามีมากมายขนาดไหน”

กรณีที่สอง ใช้การตั้งเป้าหมายที่เป็นแรงจูงใจที่ชัดเจนและได้รับการเสริมแรงทางบวกสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “ได้เข้าร่วมกิจกรรมได้รู้ข้อมูลที่ไม่เคยรู้เลยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเลือกกินอย่างฉลาด การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง และที่สำคัญคือเราก็อยากสวยหุ่นดีเหมือนคนอื่น ๆ เช่นกัน และได้รับการให้กำลังใจ และการเอาใจใส่จากทีมงาน โดยพี่ๆ ให้หาแรงจูงใจให้ตนเอง เคยฝันว่าอยากหุ่นดีไปไหนใครๆ จะได้ไม่ล้อเลียน เพราะตนเองไม่สูงและยังอ้วนละก็ไม่อยากจะทำเลย ตรงนี้เอาเป็นเป้าหมายและวางแผนเพื่อหุ่นสวย ก็เลยจะไม่เลือกเสื้อผ้าที่ตัวใหญ่โคร่งๆ เหมือนเดิมแต่จะเลือกเสื้อผ้าที่พอดีตัว... จากนั้นเริ่มนำสิ่งที่ได้มาใช้กับตนเองพยายามลดการทานของจุบจิบระหว่างมือและของหวาน บอกที่บ้านว่าไม่ต้องซื้อของไว้ให้และพยายามควบคุมตัวเองให้เลิกเสียดายของและไม่นำอาหารมากักตุนไว้ทาน พยายามออกกำลังกายให้ได้ทุกวันโดยเฉพาะเล่นสูลาฮูป สนุกและได้ผลดี

จากวันนั้นถึงวันนี้ฉันมั่นใจขึ้นทุกครั้งที่ตั้งใจไปไหนไม่มีใครล้อเลียน....และที่สำคัญ คอเลสเทอรอลลดลงเหลือ 190 ฉันททำได้จริงๆ นี่แหละคือรางวัลอันยิ่งใหญ่ของฉัน”

กรณีที่สาม ใช้การสัญญากับตนเอง และเลือกชนิดอาหาร ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “เริ่มจากออกกำลังกาย งดของทอดของมัน ในช่วงแรกใช้วิธีการอดเลยแต่ไม่ค่อยได้ผล ทำไม่ได้ทุกวัน ท้องมันร้องจึงเริ่มหันมาเลือกกิน กินพออิ่มจากเดิมกินจนอิมแป้ และใช้การควบคุมตนเองให้เว้นของมันของทอดและตอนนี้ชอบของดิฉันเป็นประเภทเต้าหู้ ผักต้ม ส้มตำ และเริ่มออกกำลังกายโดยเดินสูลาฮูป วิ่งลู่วิ่งเท่าที่มีเวลาและสามารถทำได้ และให้สัญญากับตนเองว่าถึงแม้ไขมันจะลงแต่จะไม่เลิกเด็ดขาด ดิฉันสัญญากับตัวเองว่าจะทำให้ได้” ฉันทได้แรงจูงใจ กำลังใจ จากแม่ที่ท่านไม่เคยเลยสักวันที่แม่จะไม่ห่วงฉันท จากวันนั้นจนวันนี้ ฉันทเริ่มสนใจและห่วงใยสุขภาพของตนเอง ใส่ใจกับการเลือกกิน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งฉันทไม่ได้ยุ่งยากอะไร ฉันทใช้การเดินเข้าซอยเข้าบ้านแทนการนั่งรถมอเตอร์ไซด์ซึ่งก็ได้ผลนะ ประหยัดดีและได้ร่างกายที่แข็งแรงชะด้วย และสิ่งที่ฉันทเห็นว่าสำคัญและมีประโยชน์คือการบอกต่อไปในคนที่ฉันทรักคนใกล้ชิด”

บทเรียนที่ได้จากประสบการณ์การปรับพฤติกรรมสุขภาพ

กรณีที่หนึ่ง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “บทเรียนของตนเองนี้ ที่พ่อบอกถึงความรู้สึกที่ได้พบพบตนเองว่า การใช้ชีวิตในอดีตที่ผ่านมาดิฉันไม่เคยใส่ใจในเรื่องสุขภาพ การดูแลตนเอง ไม่มีวินัยในตนเองเลย ติดในรสชาติของอาหารโดยเฉพาะของมันๆ กะทิ และของหวาน ไม่สนใจในความรู้ที่ได้รับจากแพทย์ ตอนนี้อยู่และเข้าใจว่าพฤติกรรมในอดีตทำให้คุณค่าความเป็นคนลดลงและรู้ว่าทุกอย่างมันสายเกินไปแล้ว ตอนนี้เป็นคนป่วยความสามารถต่างๆ ลดลงไม่เหมือนเดิม และตนเองจึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ทั้งหมดในทุกๆ เรื่อง ทั้งเรื่องการใช้ชีวิต การเคลื่อนไหว การเลือกกินอาหาร การออกกำลังกาย โดยตนเองต้องมีสติตลอดเวลา นำธรรมชาติมาใช้ในชีวิตประจำวัน มีการจดบันทึก กำหนดเป้าหมายทำการสัญญากับตัวเองว่าเราทำได้ เราต้องอดทน และเราก็พบกับชีวิตที่ดีขึ้น และเมื่อเราทำได้ตามสัญญาที่ให้ไว้กับตนเองรู้สึกภาคภูมิใจ เดินได้ดีขึ้น ใกล้เคียงกับของเดิม และทางด้านหน้าที่การงานหัวหน้าก็ประเมินผลงานอยู่ในระดับดีที่เทียบเท่ากับคนปกติ

และอยากจะเผยแพร่กับคนอื่น ๆ ว่าการป้องกันหรือดูแลตนเองให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงนั้นผลที่ได้มากมายกว่าการมาฟื้นฟูหลังเจ็บป่วยแล้วเพราะถึงแม้จะฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอแต่บางเรื่องบางกิจกรรมก็ยังไม่สามารถทำได้เหมือนคนปกติทั่วไป นี่คือการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมายู่ตรงกลางระหว่างความเป็นกับความตาย นั่นคือ วิถีของชีวิตฉัน”

กรณีที่สอง ดั่งคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “การเรียนรู้ที่ได้จากการฝึกตั้งเป้าหมายของตนเองที่มีความมุ่งมั่นและตั้งใจจริง โดยมีแรงจูงใจว่าต่อไปนี่จะเป็นคนหุ่นดี ไปที่ไหนๆใครๆก็ชื่นชม ส่งผลให้มีการกำกับและควบคุมตนเองไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีความตั้งใจมากและได้รับแรงสนับสนุน มีเวลาในการออกกำลังกาย การได้รับความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้ตนเอง ประสบผลสำเร็จ จึงสรุปได้ว่า ถึงแม้ว่าอยู่ในโรงพยาบาลแล้วจะรู้และเข้าใจเรื่องกลุ่มโรคเรื้อรังที่แฝงอยู่ในตัวเอง การได้รับรู้และนำหลัก 3 อ มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติอย่างจริงจังจนผลที่ได้ และได้รับผลดีสมกับความตั้งใจจริงๆ”

กรณีที่สาม การเรียนรู้ที่ได้ก็คือ ดั่งคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “การเรียนรู้เพียงจากการอ่านเอกสารความรู้ การฟังจากคนอื่นอย่างเดียวยังไม่คิดจะทำตาม แต่เมื่อมีสัญญาณไม่ดีที่ร่างกายเตือนมา เช่น ปวดหัว หน้ามืดๆ รู้สึกวูบๆ ก็ทำให้คิดถึงตนเองและอนาคตของครอบครัว กลัวว่าตนเองจะเป็นอะไรไป สิ่งนี้เป็นแรงจูงใจหนึ่งที่จะทำให้เรามีความพยายามที่จะทำการปฏิบัติตามที่หมอ พยาบาลได้พร่ำสอนให้เชื่อในความสามารถของตนเอง รู้จักควบคุมตนเองและดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี โดยการเลือกอาหาร ออกกำลังกาย และทำอารมณ์ให้แจ่มใส จึงขอสรุปได้ว่า ความพยายาม ความอดทน และเชื่อในความสามารถของตนเอง จะมีอุปสรรคอีกกี่ครั้งก็ไม่ได้ทำให้เราเลิกล้มความตั้งใจและพยายามทำต่อไป ขอขอบคุณทีมสุขภาพทุกคนที่นำสิ่งดีๆมาให้เรา”

แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนนี้ได้มาจากผลวิจัยเชิงทดลองที่เกี่ยวข้องกับผลของการส่งเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลฟื้นฟูสุขภาพของคนไทยสามารถวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปเป็นประเด็นแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

1. ในการเริ่มต้นตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการส่วนใหญ่ เริ่มจากการสร้างแรงจูงใจด้วยสิ่งจูงใจเหล่านี้ ตามลำดับดังนี้

- 1.1 อยากให้สุขภาพแข็งแรง มีปัญหาทางด้านสุขภาพ
- 1.2 อึดอัด ใส่เสื้อผ้าไม่สวย-รูปร่างไม่ดี อยากสวยอยากมีบุคลิกภาพที่ดี
- 1.3 กลัวมีปัญหาสุขภาพ
- 1.4 ห่วงลูกคิดว่าต้องแข็งแรงและอายุยืนเพื่อลูก
- 1.5 พิสูจน์ตนเองให้เห็นว่าฉันทำได้
- 1.6 ผลสำเร็จจะเป็นรางวัลให้กับตนเอง
- 1.7 จากภาวะผู้นำของหัวหน้าทีมที่เชิญชวน
- 1.8 มีกำลังใจที่ได้จากสิ่งที่ทำสำเร็จ
- 1.9 ได้ฟังวิทยากร เรียนรู้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับคนอื่น
- 1.10 ต้องการลดการใช้ยาในการรักษา
- 1.11 ต้องการรางวัลจากการปรับพฤติกรรมและจากคนในครอบครัว
- 1.12 อยากเป็นผู้สูงอายุที่ยังกระฉับกระเฉง มีความสุขทั้งร่างกายจิตใจ
- 1.13 เห็นการเจ็บป่วยร้ายแรงของคนในครอบครัวและเพื่อนรอบข้าง

- 1.14 ไม่ต้องการเป็นภาระของกลุ่มหรือของครอบครัว
2. ได้รับการสนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม 3อ2ส ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ลดแสงดูสื่อบูรีและสุราจาก สภาพแวดล้อมที่เอื้อตามลำดับดังนี้
 - 2.1 มีการแข่งขันทำให้รู้สึกเป็นแรงกระตุ้นในการควบคุมน้ำหนัก
 - 2.2 มีครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ
 - 2.3 มีบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่เหมาะสมผลสำเร็จ
 - 2.4 ได้กำลังใจและได้รับความชื่นชมจากทีมสุขภาพ
 - 2.5 มีกลุ่มเพื่อนชักชวนดูแลสุขภาพ
 - 2.6 มีการจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน
 - 2.7 มีเพื่อนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพด้วยกัน
 - 2.8 คู่สมรสหรือคนใกล้ชิดเป็นคนบอกว่าเริ่มอ้วนแล้ว
 - 2.9 พูดคุยกันเรื่องอาหารที่ท่านในแต่ละวันกับเพื่อน ๆ
 - 2.10 คนในครอบครัวเป็นโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมการกินที่ไม่ดี
3. วิถีปฏิบัติในด้านพฤติกรรม 3 อ. อาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์
 - 3.1 งดไขมัน แป้ง ของหวาน น้ำอัดลม กินแต่น้อย
 - 3.2 ลดปริมาณ/ควบคุมอาหารให้น้อยลง
 - 3.3 เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
 - 3.4 กินพวกผัก ผลไม้
 - 3.5 ไม่กินจุบจิบเพิ่ม
 - 3.6 ทานเนื้อปลา
 - 3.7 ไม่ทานอาหารรสจัด เค็มจัด
 - 3.8 ไม่ทานข้าวเย็นแต่ทานผลไม้แทน
 - 3.9 รับประทานอาหารเย็นให้ห่างจากเวลานอน
 - 3.10 รับประทานอาหารเช้า ลดอาหารเย็น
 - 3.11 เพื่อนเรียกทานก็ทานเล็กน้อยพอเป็นมารยาท
 - 3.12 ไม่เสียดายอาหารเหลือ
 - 3.13 แบ่งปันอาหารให้กับผู้อื่น
 - 3.14 ลดการดื่มกาแฟ
 - 3.15 ดื่มน้ำเยอะๆ
 - 3.16 พักผ่อนให้เพียงพอ
 - 3.17 ร่าเริงแจ่มใส ไม่เครียด
 - 3.18 ทำใจให้จิตสงบ
 - 3.19 หางานอดิเรกทำสมาธิ
 - 3.19 สนุกสนานในการทำกิจกรรมร่วมกัน
 - 3.20 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
 - 3.21 ขับถ่ายให้ตรงเวลาเป็นประจำทุกวัน
4. การควบคุมตนเอง
 - 4.1 ต้องมีความตั้งใจจริงและอดทน
 - 4.2 ควบคุมตนเองในการดำเนินชีวิต
 - 4.3 ตั้งเป้าหมายกับตนเอง

- 4.4 ต้องมีระเบียบรู้จักหักห้ามใจตนเอง
- 4.5 กำกับตนเองให้มากไม่ตามใจปาก
- 4.6 ปรับเปลี่ยนนิสัยการกิน
5. การได้รับความรู้
 - 5.1 ความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพสม่ำเสมอ
 - 5.2 ได้รู้ถึงอันตรายของการมีน้ำหนักมาก
 - 5.3 หมั่นแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง
6. เคล็ดลับความสำเร็จในการลดน้ำหนักของแต่ละคน
 - 6.1 คำนวณพลังงานคร่าวๆ ก่อนเลือกรับประทานอาหาร
 - 6.2 ดูฉลากก่อนซื้อสินค้าอาหาร
 - 6.3 ชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกวัน
 - 6.4 ดื่มน้ำมากขึ้น
 - 6.5 มีบุคคลอ้างอิงที่เป็นแบบอย่างสุขภาพไว้ในใจ
 - 6.6 เปลี่ยนรับประทานอาหารที่มีน้ำเป็นส่วนผสมมากๆ
 - 6.7 เข้านอนให้เร็วขึ้นเพื่อลดความอยากอาหาร
 - 6.8 พยายามทำกับข้าวกินเองใช้น้ำมัน น้ำตาลปรุงอาหารแต่น้อย
 - 6.9 ทานผลไม้ก่อนอาหารเช้า
 - 6.10 หลังตื่นนอนจะเหยียดร่างกายทุกวันประมาณ 20 นาที
 - 6.11 ไม่เติมเครื่องปรุงขณะกินถ้วยเดียว
 - 6.12 เดินให้มากขึ้นเพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายในชีวิตประจำวัน
 - 6.13 ไม่กินอาหารแก้เครียด
 - 6.14 คิดถึงคนที่เรารักและห่วงใย

เอกสารอ้างอิง

- กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2550). *สถิติสาธารณสุขประจำปี 2550*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. (2553). *แผนยุทธศาสตร์ แก้ไขปัญหาโรคอ้วนคนไทย (คนไทยไร้พุง) กรมอนามัย พ.ศ. 2553 – 2556*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และ เดช เกตุจำเริญ. (2554). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1)*. กรุงเทพฯ: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- มานิต ชีระตันติกานนท์. (2554). *ปาฐกถา ฌันช ภูมิประวัติ ครั้งที่ 25 เรื่อง ทิศทางการป้องกันและควบคุมโรคในท้องถิ่นอย่างยั่งยืน*. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รู้ทันมหันตภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภัยเงียบใกล้ตัว*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มติชนปากเกร็ด.

Arthur, H. Rubenstein. MB BCH. (2005). *Obesity : A Modern Epidemic. The American Clinical And Climatological Association*. Retrieved May 15,2012, From <http:// Pubmedcentral.gov/article-render.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype>.

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs . American Medical Association. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of American Medication Association*, 281, 552–557.
- Baker, DW., Williams, MV., Parker, RM., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38, 33-42.
- Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services Cameron D Norman and Harvey A Skinner. (2006, Oct-Dec). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal Medication International Research*, 8(4), e27.
- Chin, et al. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. *Journal Health Community*, 16(Suppl 3), 222–241.
- Davis, T., Crouch, M., Wills, G., & Miller, S. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, 23(6), 433-435.
- Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. (2012, Feb). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12:130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
- Fatima Al. Sayah & Williams. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 27-31.
- Institute of Medicine: IOM. (2004). Health Literacy: A prescription to end confusion. Retrieved October 12, 2011 from <http://www.iom.edu>.
- Ishikawa H, Takeuchi T, & Yano E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31,874-879.
- Katherine, M & et al. (Jan, 2010). Prevalence and Trends in Obesity Among US Adult, 1999 – 2008. *The Journal of American Medical Association*. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Hyattsville, Maryland.
- Kickbusch, I. (2006). Health literacy: Empowering children to make healthy choices. *Virtually Healthy*, No. 41. South Australia: Centre for Health Promotion: Children, Youth and Women's Health Service.
- Kwan, B. Frankish, J. & Rootman, I. (2006). *The development and validation of measures of "health literacy" in different populations*. Vancouver: University of British Columbia Institute of Health Promotion Research & University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research.
- Mancuso JM. (2009). Assessment and measurement of health literacy : An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11, 77–89.
- Norman, CD. & Skinner, H.A. (2007). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal Medication International Research*, 8(4), e27.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008).The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, Dec; 67(12), 2072-8.
- Paasche-Orlow & Wolf. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, from www.ajhb.org.
- Ratzan SC. & Parker RM. (2000). Introduction. In: *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. NLM Pub.No.CBM 2000-1.
- Rootman, I. (2009). *Health Literacy, What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria*. British Columbia Canada. Personal Communication.
- Selden CR, Zorn M, Ratzan SC, & Parker RM, Editors. Sørensen et al. (2012). *BMC Public Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*.

- Sharif, I. & Blank, A.E. (2010) Relationship between child health literacy and body index in overweight children. *Patient Education and Counseling*, 9, 43-48.
- Shila Berenji, Asmah Bt rahmat, Parichehr Hanachi, *et al.* (2010). Metabolic Syndrome in Iran. *Global Journal of Health Science*. 2 (2), 117-122.
- Shoou-Yih D. Lee , Ahsan M. Arozullahb, Young Ik Cho. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309–1321.
- Sørensen K., Broucke S., Fullam J, Doyle G., Jürgen P., Slonska Z. & Helmut B. (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models* . *BMC Public Health*. Retrieved May 25, 2012, From <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80> 12-80.
- Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, MS., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health action: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-77.
- World Health Organization. (1998). *Health Promoting Glossary*. From www.who.org.
- World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document*. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya, 26-30.