

ORIGINAL ARTICLE

Assessment of Health Literacy Level and Associated Factors Among Urban Adult Population in Thailand: A Cross Sectional Study

Suphaphit Tanwatanaseree, M.D., Arissara Siriwiriyaikul, M.D.

Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Arissara Siriwiriyaikul, M.D.,
Department of Urban Medicine,
Faculty of Medicine, Vajira
Hospital, Navamindradhiraj
University, 681 Samsen Road,
Wachira Phayaban, Dusit,
Bangkok 10300, Thailand
Email: arissara.s@nmu.ac.th

Received: November 15, 2025;

Revised: December 26, 2025;

Accepted: January 12, 2026

ABSTRACT

Background: Health literacy reflects individuals' abilities to access, process, and understand essential health information for appropriate decision-making. Despite health literacy's importance, especially emphasized by the World Health Organization, research in urban populations remains limited. This study therefore examines the health literacy level of urban adults and identifies factors influencing their health literacy.

Design: A cross-sectional study was conducted from December 2024 to April 2025 at the Family Medicine Outpatient Clinic and the Primary Care Unit of Vajira Hospital.

Methods: The study included 524 participants ranging in age from 35 to 75 years, living in the urban area. The Thai Health Literacy Scale was used as an assessment tool. Descriptive statistics and inferential statistics were conducted in the data analysis of this study to explore factors affecting the level of health literacy.

Results: Of the 524 participants, the majority were 35–59 years old (57.06%), with most being female (65.65%). The results from the health literacy assessment showed that 62.60% had inadequate health literacy. An inadequate level of health literacy was associated with older age, having never had a health check-up, and receiving services at pharmacies.

Conclusion: The results suggested that the majority of the participants had inadequate health literacy. Thus, promoting and educating people living in urban areas about health literacy should be implemented to improve and care for their health effectively and sustainably.

Keywords: health literacy, adult, urban area

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองในประเทศไทย : การศึกษาแบบตัดขวาง

ศุภาพิชญ์ ต้นวัฒนเสรี, พ.บ., อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 681
ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขต
ดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300,
ประเทศไทย

Email: arissara.s@nmu.ac.th

Received: November 15, 2025;

Revised: December 26, 2025;

Accepted: January 12, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ แต่ยังมีงานศึกษาในเขตเมืองไม่มาก จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แบบวิจัย: การศึกษาแบบตัดขวาง จัดทำในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เมษายน พ.ศ. 2568 ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และหน่วยปฐมภูมิ เขตเมืองโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ศึกษาในอาสาสมัครที่มีอายุตั้งแต่ 35-75 ปี จำนวน 524 คน โดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผล

ผลการศึกษา: ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.60 และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอสัมพันธ์กับอายุที่มาก การไม่เคยตรวจสุขภาพ และการเข้ารับบริการร้านขายยา

สรุป: ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จึงควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชากร เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัยผู้ใหญ่ เขตเมือง

บทนำ

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ คือ “ทักษะต่าง ๆ ทางความรู้ และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”¹ โดยสามารถแบ่งระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพได้เป็นอีก 3 ระดับและ 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Nutbeam² ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับใช้งาน (functional health literacy) เป็นทักษะขั้นพื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ประกอบไปด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความรู้ความเข้าใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) เป็นทักษะด้านปัญญาร่วมกับการใช้ทักษะทางสังคม ประกอบไปด้วย ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะด้านปัญญาที่ซับซ้อนมากขึ้นร่วมกับทักษะด้านสังคมเพื่อสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ประกอบไปด้วย ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ

องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นว่าการมีพื้นฐานความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีถือเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ การมีทางเลือกด้านสุขภาพที่น้อย สุขภาพที่ไม่ดี การจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม¹ และยังสัมพันธ์กับเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง³ และนำไปสู่การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล¹ จึงจัดได้ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ นั้นมีความเสี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพ^{1,2,4} ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถของปัจเจกบุคคล ที่จะนำความรู้ด้านสุขภาพมาปรับใช้กับตนเองและสังคม และบ่งบอกถึงความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ²

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเช่นเดียวกับในต่างประเทศ ได้มีการพัฒนาแบบวัดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นโดยพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2559 ตามองค์ประกอบของ Nutbeam และต่อมาได้มีการพัฒนาแบบวัดความรู้รอบรู้สุขภาพคนไทย

(Thai Health Literacy Scales) โดย ศาสตราจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 47 ข้อ ครอบคลุมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ 6 ด้าน ได้มีการทดสอบแล้วพบว่าน่าเชื่อถือ และยอมรับได้ในทางสถิติ⁵ จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มอายุ 7-75 ปี พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ ถึงร้อยละ 16.80 และระดับพอใช้ร้อยละ 58.90 ซึ่งทั้งสองกลุ่มจัดเป็นความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ⁵ จากการสำรวจความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2562 พบว่าคนไทยร้อยละ 19.90 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดังกล่าวถึงร้อยละ 39.80⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยของสกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ สำรวจความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอเช่นเดียวกัน⁷ จากหลักฐานงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การว่างงาน^{6,8-12} และพื้นที่อยู่อาศัย⁸⁻¹² มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่อาศัยในชนบท และพบว่ามี การดูแลตนเองด้านสุขภาพที่เหมาะสมกว่า^{11,12} อย่างไรก็ตามปัจจัยอื่น ๆ อันเกิดจากบริบทเฉพาะของเขตเมือง เช่น สภาพแวดล้อม¹³ วิธีการดำเนินชีวิตเร่งรีบซึ่งเป็นประสบการณ์และการรับรู้ของแต่ละบุคคล¹⁴ การไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ลักษณะการทำงานที่ไม่ได้ขยับตัว ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพของคนเมืองที่มักเป็นเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคหรือสภาวะสุขภาพของคนในเขตเมืองนั้น¹³ อาจเป็นปัจจัยซึ่งส่งผลต่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรเช่นเดียวกัน

การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอถือเป็นพื้นฐานของการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี องค์การอนามัยโลกจึงได้ส่งเสริมให้มีความสำคัญกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค นำไปสู่การควบคุมโรคและสุข

ภาวะที่ดีขึ้น¹⁵ สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรเขตเมืองในประเทศไทย ยังไม่ได้รับการศึกษามากนัก งานวิจัยนี้จึงต้องการที่จะศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปี จนถึงอายุ 75 ปี เนื่องจากตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการแนะนำให้ตรวจสุขภาพเป็นประจำในผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีการสำรวจมุมมองเรื่องการตรวจสุขภาพร่วมด้วย ดังนั้นงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่สนใจกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ 35 ปีขึ้นไป และจากข้อมูลทางสถิติขององค์อนามัยโลกพบว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ^{16,17} ดังนั้นการให้ความสำคัญเรื่องระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงไม่ควรถูกละเลย เพื่อมุ่งหวังประโยชน์ในการนำไปส่งเสริม และพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองให้มีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง และวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเมษายน พ.ศ. 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเข้ารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และหน่วยปฐมภูมิเขตเมืองโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 524 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ประชากรที่มีอายุ 35-75 ปี อาศัยอยู่ในเขตเมือง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม หรือมีความบกพร่องด้านสติปัญญา หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ แต่มีความเข้าใจภาษาไทย ทางทีมผู้วิจัยจะช่วยเหลือในการอ่านและบันทึกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA 153/2567 ลงวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2567 การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการศึกษา รวมทั้งมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ไม่มีการระบุตัวตน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 13 ข้อคำถาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี การอยู่อาศัย วิถีชีวิตแบบเร่งรีบ การเลือกรับบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา และส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย ประกอบด้วยคำถาม 47 ข้อคำถาม การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 8 ข้อคำถาม การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 5 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 6 ข้อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 17 ข้อ และการจัดการสุขภาพตนเอง 11 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามประเมินโดยใช้ระดับความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถและทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 5 ระดับ ประกอบด้วย มาก

ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยจะนำไปคำนวณคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมตั้งแต่คะแนน 47-235 คะแนน และนำมาเปรียบเทียบตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนน 188-235 แสดงถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก คะแนน 141-187 แสดงถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ คะแนน 47-140 แสดงถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.968⁵

โดยผู้วิจัยจะแปลผลแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. กลุ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี และพอใช้
2. กลุ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ประกอบด้วยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 28 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมานในส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาดังสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามประเภทของข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี การอยู่อาศัย วิถีชีวิตแบบเร่งรีบ การเลือกรับบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ (n) และร้อยละ (%)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายงานด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) หรือค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile rank) ตามความเหมาะสมของข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานในส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเขตเมือง รายงานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (binary logistic regression analysis) โดยเป็นการเทียบระหว่างกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ รายงานด้วยค่า odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval)

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลจากผู้ใหญ่อายุ 35-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ทั้งหมด 524 คน พบว่าลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.65 อายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี ร้อยละ 57.06 ระดับการศึกษาอนุปริญญาขึ้นไป ร้อยละ 53.05 สถานภาพสมรสร้อยละ 52.29 ประกอบอาชีพร้อยละ 60.50 มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 39.50 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 85.88 เคยได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้งร้อยละ 88.36 มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.80 ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 68.89 ไม่ได้มีวิถีชีวิตแบบเร่งรีบร้อยละ 51.72 มักเลือกรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือคลินิกร้อยละ 87.02 และสิทธิการรักษาที่พบมากที่สุดคือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.22 (ตารางที่ 1)

ผลของการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 62.60 เมื่อแบ่งย่อยในแต่ละด้านมี 2 ด้านที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ คือ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติร้อยละ 62.02 และด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพร้อยละ 57.06 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	344 (65.65)
ชาย	180 (34.35)
ช่วงวัย	
ผู้ใหญ่ (35-59 ปี)	299 (57.06)
ผู้สูงอายุ (60-75 ปี)	225 (42.94)
อายุ, mean±SD	56.82 (±10.12)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (0.76)
ระดับชั้นประถมศึกษา	107 (20.42)
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	135 (25.76)
อนุปริญญาขึ้นไป	278 (53.05)
สถานภาพ	
โสด	175 (33.40)
สมรส	274 (52.29)
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	75 (14.31)
อื่น ๆ	0 (0.00)
การทำงาน	
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	207 (39.50)
ประกอบอาชีพ	317 (60.50)
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	70 (13.36)
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	61 (11.64)
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	186 (35.50)
เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	207 (39.50)
การอยู่อาศัย	
อยู่คนเดียว	60 (11.45)
อยู่กับครอบครัว	450 (85.88)
อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว	14 (2.67)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	153 (29.20)
มีโรคประจำตัว	371 (70.80)
การตรวจสุขภาพ	
ไม่เคย	61 (11.64)
เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง	463 (88.36)
การออกกำลังกาย	
ออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือไม่ได้ออกกำลังกาย	361 (68.89)
ออกกำลังกายมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์	163 (31.11)
การมีวิถีชีวิตแบบเร่งรีบ	
ไม่ใช่	271 (51.72)
ใช่	253 (48.28)
การเลือกรับบริการสุขภาพ	
โรงพยาบาล/คลินิก	456 (87.02)
ร้านขายยา	64 (12.21)
แพทย์ทางเลือก	4 (0.76)
อื่น ๆ	0 (0.00)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/30 บาท)	347 (66.22)
ประกันสังคม	83 (15.84)
ข้าราชการ (เบิกจ่ายตรง)	52 (9.92)
ทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	29 (5.53)
อื่น ๆ	13 (2.48)

เมื่อวิเคราะห์ผลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (binary logistic regression analysis) พบว่าผู้สูงอายุ (60-75 ปี) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ (35-59 ปี) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.027$) ผู้ที่เลือกรับบริการด้านสุขภาพที่ร้านขายยา

ตารางที่ 2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อ

หัวข้อ	ไม่เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	278 (53.05)	246 (46.95)
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	199 (37.98)	325 (62.02)
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	225 (42.94)	299 (57.06)
4. การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม	301 (57.44)	223 (42.56)
5. การจัดการสุขภาพตนเอง	348 (66.41)	176 (33.59)
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	328 (62.60)	196 (37.40)

ตารางที่ 3. ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ไม่เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	Univariable OR (95% CI)	P-value	Multivariable OR (95% CI)	P-value
เพศ						
หญิง	221 (64.24)	123 (35.76)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ชาย	107 (59.44)	73 (40.56)	1.226 (0.846,1.775)	0.281	1.326 (0.870,2.021)	0.189
ช่วงวัย						
ผู้ใหญ่ (35-59 ปี)	173 (57.86)	126 (42.14)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ผู้สูงอายุ (60-75 ปี)	155 (68.89)	70 (31.11)	0.620 (0.431, 0.892)	0.01	0.591 (0.371,0.943)	0.027
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (75.00)	1 (25.00)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ระดับชั้นประถมศึกษา	71 (66.36)	36 (33.64)	1.521 (0.153,15.148)	0.721	1.319 (0.1275,13.649)	0.816
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	100 (74.07)	35 (25.93)	1.05 (0.106, 10.428)	0.967	0.817 (0.079, 8.408)	0.865
อนุปริญญาขึ้นไป	154 (55.40)	124 (44.60)	2.416 (0.248,23.510)	0.447	1.382 (0.135,14.057)	0.785
สถานภาพ						
โสด	116 (66.29)	59 (33.71)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
สมรส	159 (58.03)	115 (41.97)	1.422 (0.958,2.110)	0.08	1.515 (0.94,2.442)	0.088
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	53 (70.67)	22 (29.33)	0.816 (0.453,1.469)	0.498	1.347 (0.692,2.621)	0.381
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
การทำงาน						
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	141 (68.12)	66 (31.88)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ประกอบอาชีพ	187 (58.99)	130 (41.01)	1.485 (1.028,2.146)	0.035	1.23 (0.795,1.902)	0.352
ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	52 (74.29)	18 (25.71)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	42 (68.85)	19 (31.15)	1.307 (0.609,2.801)	0.491	1.083 (0.478,2.454)	0.849
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	126 (67.74)	60 (32.26)	1.376 (0.742, 2.552)	0.312	1.145 (0.591,2.220)	0.688
เพียงพอและไม่มีความหนี้สิน	108 (52.17)	99 (47.83)	2.648 (1.451,4.832)	0.002	1.882 (0.96,3.693)	0.066
การอยู่อาศัย						
อยู่คนเดียว	40 (66.67)	20 (33.33)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
อยู่กับครอบครัว	281 (62.44)	169 (37.56)	1.203 (0.680,2.126)	0.525	0.933 (0.485,1.795)	0.836
อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว	7 (50.00)	7 (50.00)	2 (0.616,6.49)	0.248	3.834 (0.905,16.25)	0.068
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	82 (53.59)	71 (46.41)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
มีโรคประจำตัว	246 (66.31)	125 (33.69)	0.587 (0.4,0.861)	0.006	0.64 (0.4,1.025)	0.064
การตรวจสุขภาพ						
ไม่เคยตรวจ	51 (83.61)	10 (16.39)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
เคยตรวจ	277 (59.83)	186 (40.17)	3.425 (1.696,6.916)	0.001	2.812 (1.296, 6.101)	0.009
การออกกำลังกาย						
ออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือไม่ได้ออก	239 (66.20)	122 (33.80)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ออกกำลังกายมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์	89 (54.60)	74 (45.40)	1.629 (1.117,2.376)	0.011	1.279 (0.838,1.954)	0.254
การมีวิถีชีวิตแบบเร่งรีบ						
ไม่ใช่	158 (58.30)	113 (41.70)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ใช่	170 (67.19)	83 (32.81)	0.683 (0.477,0.975)	0.036	0.69 (0.458,1.042)	0.078

มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอน้อยกว่าผู้ที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลหรือคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.039$) และพบว่าผู้ที่เคยตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.009$) ไม่พบ

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การมีวิถีชีวิตเร่งรีบ และสิทธิการรักษา กับการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ไม่เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	Univariable OR (95% CI)	P-value	Multivariable OR (95% CI)	P-value
การเลือกรับบริการสุขภาพ						
โรงพยาบาล/คลินิก	277 (60.75)	179 (39.25)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ร้านขายยา	49 (76.56)	15 (23.44)	0.474 (0.257,0.87)	0.016	0.495 (0.253,0.966)	0.039
แพทย์ทางเลือก	2 (50.00)	2 (50.00)	1.547 (0.216, 11.085)	0.664	1.24 (0.15,10.297)	0.842
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/ 30 บาท)	231 (66.57)	116 (33.43)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ประกันสังคม	45 (54.22)	38 (45.78)	1.682 (1.034,2.734)	0.036	1.007 (0.566,1.792)	0.982
ข้าราชการ (เบิกจ่ายตรง)	25 (48.08)	27 (51.92)	2.151 (1.195, 3.872)	0.011	1.478 (0.756,2.887)	0.253
ทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	18 (62.07)	11 (37.93)	1.217 (0.556, 2.661)	0.623	0.483 (0.2,1.167)	0.106
อื่น ๆ	9 (69.23)	4 (30.77)	0.664 (0.068,6.451)	0.623	0.439 (0.114,1.694)	0.232

วิจารณ์

การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองพบว่าประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มอาสาสมัครมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมากถึงร้อยละ 62.60 ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพของตนเอง และการมีสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค¹⁵ และอีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอีกด้วย¹ และการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ นั้นส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการจัดการด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น^{1,3} ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ที่พบว่ากลุ่มอาสาสมัครส่วนใหญ่ที่ทำแบบสอบถาม มีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 70.00 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.00 ของกลุ่มอาสาสมัครทั้งหมด รองลงมาคือโรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 38.70 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.00 แต่ทั้งนี้ระดับความรู้ด้านสุขภาพนั้นไม่ได้สัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัยชราเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยวัยชราที่มีแนวโน้มที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5,9-11,18} ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการ

เสื่อมถอยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะมีการมองเห็น การได้ยิน และภาวะปรีชาที่ถดถอยลง ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพได้

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ว่าผู้ที่เข้ารับบริการที่ร้านขายยายังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Masumoto et al.¹⁹ ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่มาเข้ารับบริการที่ร้านขายยามักไม่อ่านคำอธิบายยา และไม่ขอคำปรึกษาจากเภสัชกร และเมื่อทดสอบระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และจากงานวิจัยของ Kim et al.²⁰ ศึกษาในผู้เข้ารับบริการร้านขายยาพบว่า ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอส่วนใหญ่อ่านคำอธิบายยาไม่เข้าใจและมักไม่อ่านฉลากยา

ผู้ที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพเลย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Morimoto et al.²¹ ที่กล่าวว่าการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีนั้นสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มักประสบปัญหาในการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ส่งผลให้รู้สึกว่าการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นเรื่องยาก

จากการศึกษาในงานวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพและเพศ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Haeger et al.⁴ และ Dani et al.²² ที่ไม่พบความสัมพันธ์เช่นกัน แต่ในหลาย ๆ งานวิจัย^{7,10,11}

พบว่าเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยคาดว่าเพศชายมีความกดดันจากหน้าที่การงาน และความเครียดที่มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ผลที่แตกต่างกันในหลายงานวิจัยอาจเนื่องจากความหลากหลายด้านวัฒนธรรมทางเพศ และความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด มีความเอนเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากอาสาสมัครมาจากการเก็บข้อมูลของผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจึงอาจไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงถึงบุคคลกลุ่มอื่นได้ และจากการเก็บข้อมูลของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทำให้พบลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ มีโรคประจำตัว และการเลือกรับบริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลอีกด้วย

การจำแนกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พิจารณาจากสถานที่ที่ผู้ตอบมักเลือกรับบริการด้านสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการตามปกติของผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักว่ากลุ่มตัวอย่างที่มักเลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอาจเคยมีประสบการณ์ใช้บริการร้านขายยาได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ได้มุ่งศึกษาประวัติการใช้บริการด้านสุขภาพทั้งหมดในอดีต แต่มุ่งเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพตามรูปแบบการเลือกใช้บริการหลัก ซึ่งยังสามารถสะท้อนความแตกต่างของลักษณะผู้รับบริการแต่ละกลุ่มได้ และผลการศึกษาที่พบว่าสมาชิกกลุ่มที่มักเลือกรับบริการที่ร้านขายยามีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า ยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามไม่ได้เก็บข้อมูลประวัติการใช้บริการด้านสุขภาพในอดีตอย่างละเอียด อาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษาในแง่ความละเอียดของข้อมูล

นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดของแบบสอบถามที่ใช้ในการทำงานวิจัย เนื่องจากแบบสอบถามเป็นการประเมินวัดระดับความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพ ซึ่งอาจมีตัวแปรกวนแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อารมณ์ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัยขณะทำแบบทดสอบ หรือช่วงเวลาในการทำแบบทดสอบอย่างเร่งรีบ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และความรู้สึกของผู้ตอบใน

ขณะนั้น⁵ โดยในอนาคตควรมีการรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้นเพื่อความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

สรุป

การศึกษานี้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดี เพื่อให้มีพื้นฐานการดูแลด้านสุขภาพที่ดี นำไปสู่การมีสุขภาพที่ยั่งยืนได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรค และคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยการศึกษาพบว่าประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองส่วนใหญ่ยังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ได้แก่ อายุที่มาก การไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพ และการเข้ารับบริการที่ร้านขายยา ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้เป็นที่ประจักษ์ว่าประชากรในเขตเมืองนั้นยังคงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จึงควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชากรมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เพื่อการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มปัจจัยเสี่ยงข้างต้น 3 ประการ เช่น การสร้างสื่อการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมระดับความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยมุ่งเน้นพัฒนาสื่อที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย จากงานวิจัยของ Morimoto et al.²¹ ที่ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่พบว่าแหล่งที่มาของข้อมูลด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอนั้นมาจากข่าวและหนังสือพิมพ์ และจากการเก็บข้อมูลของ National Poll on Healthy Aging²³ พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพผ่านทางอินเทอร์เน็ตเว็บไซต์ให้ความรู้ของโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ และเว็บไซต์ของรัฐบาล เช่นเดียวกับนโยบายด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกา²⁴ ที่มุ่งเน้นการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นย้ำว่าทุกคนมีสิทธิในการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ และการนำเสนอบริการด้านสุขภาพ โดยควรนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและเป็นประโยชน์ต่อทุกคน และงานวิจัยของ Bayati et al.²⁵ มีการศึกษาเชิงทดลองโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่าหลังให้ความรู้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณนายวิชากร รวมทวี นักบรรณคดีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ได้ให้คำแนะนำในการออกแบบงานวิจัยและการวิเคราะห์สถิติของการศึกษานี้ ขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้อนุญาตให้สามารถใช้แบบวัดระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย และขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวและคลินิกปฐมภูมิเขตเมืองโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ช่วยในการอ่านแบบสอบถามให้แก่อาสาสมัครที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้เขียนขอประกาศว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการศึกษาครั้งนี้ และไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

Highlight

1. ประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
2. อายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง
3. การตรวจสุขภาพเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ
4. การเลือกรับบริการที่ร้านขายยาสัมพันธ์กับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า
5. ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรเขตเมือง

เอกสารอ้างอิง

1. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
2. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67:2072-8.
3. Lovric' B, Placento H, Farc'ic' N, Baligac' M, Mikšić 'Š, Mamic' M, et al. Association between Health Literacy and Prevalence of Obesity, Arterial Hypertension, and Diabetes Mellitus. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:9002. PubMed PMID: 35897372
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดหลักการของ

- องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. ม.ป.ท.: 2561.
5. อังคินันท์ อินทรกำแหง; กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2560. หน้า 1-49.
6. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม. รายงานการสำรวจความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2562.
7. สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, ฐานุช ถิ่นสอน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน. วารสารพยาบาลทหารบก 2564;22:376-86.
8. Hoa HV, Giang HT, Vu PT, Tuyen DV, Khue PM. Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. BioMed Research International. 2020;2020:3490635. PubMed PMID: 32309429
9. Haeger C, Lech S, Messer M, Gellert P. Urban-rural differences in health literacy in the metropolitan area of Berlin, Germany, and its surroundings. Eur J Public Health. 2023;33:561-7.
10. Ranjbaran S, Chollou KM, Babazadeh T. Assessment of health literacy and health promoting behaviors among the urban adult population. Ethiop J Health Sci. 2022;32:985-92.
11. Yang Q, Yu S, Wang C, Gu G, Yang Z, Liu H, et al. Health literacy and its socio-demographic risk factors in Hebei: A cross-sectional survey: A cross-sectional survey. Medicine (Baltimore). 2021;100:e25975. PubMed PMID: 34032709
12. Golboni F, Nadrian H, Najafi S, Shirzadi S, Mahmoodi H. Urban-rural differences in health literacy and its determinants in Iran: A community-based study. Aust J Rural Health. 2017;26:98-105.
13. สาธิต คุระทอง. เวชศาสตร์เขตเมือง. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2559;60:1-4.
14. Waris Q, Imdad Ali K, Uzma S, Saima A, Hina H, Kashmira N. Fast pace of life and its impact on health: results of a study from the largest city of Pakistan. Pakistan Journal of Public Health. 2016;6:10-6.
15. Noncommunicable diseases [Internet]. 2023 [cited 2024 July 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
16. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. Journal of Health Research (J Health Res). 2016;30:315-21.
17. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing [Internet]. 2023 [cited 27 August 2024]. Available from: <https://www.who.int/south-eastasia/news/feature-stories/detail/thailands->

- leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing
18. Jasiyajirawattana S, Burtdee P, Napasai P. Health literacy and its related factors among Thai population in Eastern (Health Region 6) Thailand. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*. 2022;45:25-38.
 19. Kim M, Suh D, Barone JA, Jung SY, Wu W, Suh DC. Health literacy level and comprehension of prescription and nonprescription drug information. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:6665. PubMed PMID: 35682249
 20. Masumoto S, Yamakawa T, Sakamoto N, Maeno T. Association between health literacy and medication comprehension; attitudes toward reporting adverse events in adults using over-the-counter medicines. *J Pharm Policy Pract*. 2023;16:90. PubMed PMID: 37461062
 21. Morimoto A, Koh C, Yasumoto R, Furuki H, Watanabe K, Tsuzuki C, et al. Relationship between communicative and critical health literacy, health information sources, and participation in health checkups among middle-aged Japanese community residents. *Prev Med*. 2022;161:107112. PubMed PMID: 35716809
 22. Dani KA, Stobo DB, Capell HA, Madhok R. Audit of literacy of medical patients in north Glasgow. *Scott Med J*. 2007;52:21-4.
 23. National Poll on Healthy Aging: Health Literacy: How Well Can Older Adults Find, Understand, and Use Health Information? [Internet]. 2024 [cited 23 October 2025]. Available from: <https://ihpi.umich.edu/national-poll-healthy-aging/reports-and-resources/health-literacy-how-well-can-older-adults-find>
 24. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy [Internet]. 2010 [cited 23 October 2025]. Available from: <https://odphp.health.gov/our-work/national-health-initiatives/health-literacy/national-action-plan-improve-health-literacy>
 25. Bayati T, Dehghan A, Bonyadi F, Bazrafkan L, et al. Investigating the effect of education on health literacy and its relation to health-promoting behaviors in health center. *J Educ Health Promot*. 2018;7:127. PubMed PMID: 30505855