



กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

# การประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ของบุคลากรด้านสาธารณสุข



Health Literacy

2021



## การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของบุคลากรด้านสาธารณสุข

### ผู้แต่ง

|               |                             |                                      |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| ดร.ประเวช     | ชุ่มเกษรกุลกิจ <sup>1</sup> | ปร.ด. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ) |
| ดร.จักรกฤษณ์  | พลราชม <sup>2</sup>         | ปร.ด. (การส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา) |
| นางสาวนิรันดา | ไชยพาน <sup>3</sup>         | วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)    |
| นางสาวสุจิตรา | บุญกล้า <sup>3</sup>        | วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)              |

<sup>1</sup> ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์และสังคม วิทยาลัยเทคโนโลยีอุตสาหกรรม  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

<sup>2</sup> ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

<sup>3</sup> สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของลิขสิทธิ์ : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

## คำนำ

การวิจัยเรื่องประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรด้านสาธารณสุขสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือและความกรุณาของบุคคลหลายฝ่าย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นตัวอย่างวิจัยในครั้งนี้ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาเข้าร่วมการวิจัยขึ้นนี้ นอกจากนี้ยังต้องขอขอบคุณนักวิจัยในพื้นที่ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยประชาสัมพันธ์ ทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง และช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จนการเก็บข้อมูลได้ข้อมูลมากกว่าที่คาดการณ์ไว้อย่างมาก

ขอขอบคุณ รศ.ดร. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

คณะผู้วิจัย

## บทคัดย่อ

โครงการ การสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 5,031 จากพื้นที่ทั้ง 4 ภาคในประเทศไทยและจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบผลการวิจัยที่สำคัญ ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,293 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.58 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 1,800 คน หรือร้อยละ 35.78 อยู่ในระดับไม่เพียงพอจำนวน 492 คน หรือร้อยละ 9.78 และอยู่ในระดับดีเยี่ยมจำนวน 446 คน หรือร้อยละ 8.87 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมีปัญหา และปัจจัยด้านอายุ การศึกษา ระดับการติดต่อผู้รับบริการ อายุงาน และการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการติดต่อ และการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข



## Abstract

The Evaluation of Health Literacy in Prevention, Control Disease and Health Hazard of the Public Health Personnel aims to 1) investigate the level of health literacy in prevention, control disease and health hazard of the public health officer. 2) study relationship of Personal factor on health literacy in prevention, control disease and health hazard. This study uses descriptive research method. The sample consist of 5,301 public health personals from 4 regions of Thailand and Department of Disease control. The sample was randomly chosen with multiple steps. The data was collected from questionnaires and statistically analyzed by computation of percentage, average, standard deviation, Chi-Square test and Logistic regression. The significant result are 1) Health Literacy in Prevention, Control Disease and Health Hazard: it was found that 45.85% of the sample had health literacy at a sufficient level, 35.78% at a problematic level, 9.78 at an inadequate level, 8.87 at an excellent level. The average score of health literacy was at a adequate level. It was found that age, region, education, percentage of contact, service years and perceived health literacy organization significantly correlated with the health literacy. 2) Factor that had significantly associate with adequate health literacy are gender, age, education, percentage of contact, and perceived health literacy organization.

**Keywords:** Health literacy, Public Health Officer

## สารบัญ

|                              | หน้า |
|------------------------------|------|
| บทคัดย่อ                     |      |
| บทที่ 1 บทนำ                 | 1    |
| บทที่ 2 ระเบียบวิธีการวิจัย  | 6    |
| บทที่ 3 ผลการวิจัย           | 11   |
| บทที่ 4 ข้อเสนอแนะและข้อสรุป | 32   |
| บรรณานุกรม                   | 36   |

## บทที่ 1

### บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้รัฐพึงจัดให้มียุทธศาสตร์ชาติเพื่อเป็นเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล และเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกัน เพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยคณะกรรมการร่างยุทธศาสตร์ชาติได้กำหนดให้ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ชาติจำนวน 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง
- 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน
- 3) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์
- 4) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม
- 5) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม
- 6) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

เพื่อให้สามารถบรรลุถึงตามยุทธศาสตร์ทั้ง 6 ด้านที่กำหนดไว้ รัฐบาลจึงได้กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐทุกแห่งได้จัดให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน และออกนโยบาย และจัดให้มีการดำเนินการตามนโยบายเพื่อตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 6 ข้อข้างต้น (ราชกิจจานุเบกษา, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในระดับกระทรวงมีหน้าที่หลักในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และมีหน้าที่ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม จากภาระหน้าที่ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงมีหน้าที่ในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เพราะความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ โดยผลการวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหลายประการ ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ความรู้ด้านสุขภาพจึงถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะทำให้ประชาชนไทยสามารถมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง โดยความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค และลดขนาดและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นแล้วให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจและคณะ, 2563)

งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน นักวิชาการสาธารณสุขจึงแนะนำว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนนั้นจะต้องทำควบคู่ไปกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในบุคลากรสาธารณสุขด้วย การวิจัยครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพในบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรด้าน

สาธารณสุข ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญต่อการวางนโยบายและการพัฒนาเครื่องมือในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. บุคลากรด้านสาธารณสุขมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับใด
2. มีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

### สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะทางประชากรได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อายุงานมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคของบุคลากรด้านสาธารณสุข

### ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข
2. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และพัฒนาเพื่อการพัฒนาการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค

### แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการด้านสาธารณสุขในปี 1974 และได้รับความสนใจจากนักวิชาการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก จนในที่สุดองค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการในปี 1998 โดยอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ทางความรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (WHO, 1998; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) ต่อมาในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ปี 2009 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเชิญชวนในประเทศสมาชิกให้มีความสำคัญกับการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ในปี 2016 ที่นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน องค์การอนามัยโลกได้พิจารณาว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือในการเสริมพลังอำนาจของประชาชน และเป็นเครื่องแสดงความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชน (WHO, 2009; 2016)

จากความสำคัญของความรู้ด้านทางด้านสุขภาพดังกล่าว ทำให้นักวิจัยด้านสาธารณสุขได้มีการศึกษาและทำวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก ทำให้มีงานวิจัยที่กล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างจากความหมายขององค์การอนามัยโลก เช่น คำอธิบายของ Nutbeam, 2000 ที่มีการอ้างอิงกันมากอธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเอง และต่อมา Nutbeam, 2008 ได้อธิบายความหมายของความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติมว่า หมายถึง ทักษะส่วนบุคคล ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตน นอกจากนี้ยังมีนักวิจัยอีกหลายท่านที่ได้นิยามความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ เช่น กรมอนามัย (2561) อธิบายว่าหมายถึงความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้ตอบซักถาม จนสามารถประเมินตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ เมื่อพิจารณาความหมายของความรู้ด้านสุขภาพที่นำเสนอข้างต้นจะเห็นได้ว่า นักวิจัยกลุ่มนี้มองความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นปัจจัยระดับบุคคล และมีความหมายที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง กล่าวคือนักวิจัยเหล่านี้ให้ความสำคัญกับ ทักษะ หรือความสามารถของบุคคลเป็นสำคัญ ขณะที่นักวิจัยบางส่วนซึ่งเป็นส่วนที่น้อยกว่ากำหนดนิยามของความรู้ด้านสุขภาพไว้กว้างกว่า คือ มองว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของระบบ องค์การ หรือแม้แต่วัฒนธรรมสุขภาพทั้งหมด เช่น Baker (2006) อธิบายว่า เป็นความสามารถในการดูแลสุขภาพซึ่งได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางสาธารณสุข ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลและระบบการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลจากปัญหาสุขภาพของบุคคลเอง ลักษณะการได้รับการรักษา ผู้ให้บริการทางสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพทั้งหมด หรือ Healthy People (2010) ที่อธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเชิงระบบ เช่น ทักษะในการสื่อสารของบุคคล ทักษะการสื่อสารของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ความรู้ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ วัฒนธรรม จำนวนบุคลากรสาธารณสุข ระบบสาธารณสุขของประเทศ และสถานะความต้องการทางด้านสุขภาพในบริบทหรือสถานการณ์นั้น ๆ นอกจากนี้นักวิชาการสาธารณสุขบางท่านยังอธิบายถึงความรู้ด้านสุขภาพในลักษณะของระบบสาธารณสุขทั้งหมด โดยเลือกใช้คำว่า Public Health Literacy และอธิบายว่า หมายถึง ระดับที่บุคคลหรือกลุ่มได้รับ ดำเนินการ เข้าใจ ประเมิน และได้ตอบต่อข้อมูลเพื่อตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งผลต่อสังคมนั้น ๆ (Freedman, Bess, Tucker, et al, 2009)

จากความหมายของความรู้ด้านสุขภาพข้างต้นที่แสดงข้างต้นสามารถแบ่งกลุ่มแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพได้ดังนี้

1. ทักษะที่เฉพาะเจาะจง กับ ทักษะหรือความสามารถทั่วไป นักวิชาการสาธารณสุขบางส่วนอธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่เจาะจง เช่น ทักษะทางสังคม ทักษะด้านปัญญา ขณะที่นักวิชาการบางส่วนกล่าวถึง ความสามารถเหล่านี้ในภาพรวม เช่น ความสามารถในการดูแลสุขภาพ
2. ระดับบุคคล กับ ระบบ นักวิชาการสาธารณสุขส่วนใหญ่มองว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะ ความสามารถเฉพาะบุคคล ขณะที่นักวิชาการบางส่วนซึ่งเป็นส่วนที่น้อยกว่า มีมุมมองว่าความรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะเป็นเชิงระบบ คือ เป็นความสามารถที่อยู่ในตัวบุคคล ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก

สภาพแวดล้อมทางด้านสาธารณสุข และทักษะความสามารถของบุคคลเหล่านี้ ก็เป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อสภาพแวดล้อมทางด้านสาธารณสุข เช่นกัน

การกำหนดนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดขึ้น เป็นเครื่องช่วยตัดสินใจในการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่อไป การวิจัยครั้งนี้เลือกกำหนดความหมายของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ประกอบด้วยทักษะทางด้านการรู้คิด และทักษะทางด้านสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปใช้ในการรักษาสุขภาพ และป้องกันโรคได้

#### ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

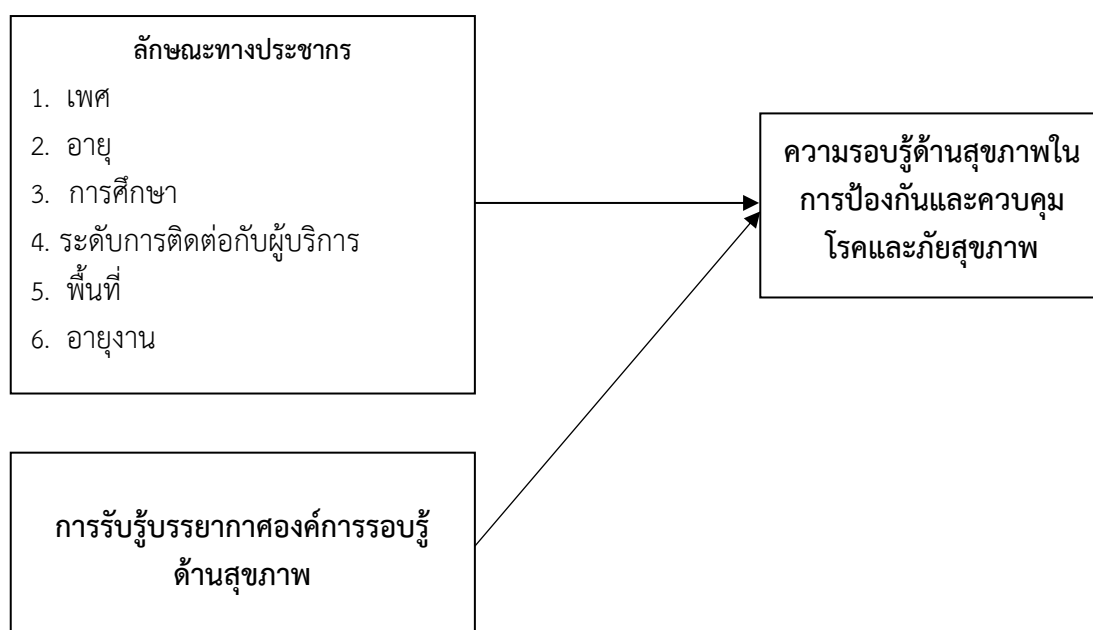
ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000, 2008), ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2562), อังศินันท์ อินทรคำแหง (2560) ได้อธิบายระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานในการทำ ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง อ่าน พูด เขียน เช่น การอ่านใบยินยอม การอ่านฉลากยา การเขียนข้อมูลในการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจกับคำพูดและข้อแนะนำของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การกินยา การนัดหมาย
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานส่วนบุคคล ทักษะด้านการรู้คิด และทักษะด้านสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร การรู้จักซักถามผู้รู้ การใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตน
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ประกอบด้วยทักษะด้านการรู้คิด และทักษะด้านสังคมในระดับที่สูงขึ้น เป็นความสามารถในการเลือกใช้และวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกที่จะปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ และรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ นักวิชาการบางส่วนอธิบายเพิ่มเติมว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล การพัฒนาด้านสังคม การเมือง และสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพไปพร้อมกัน โดยการประสานประโยชน์ของบุคคล ชุมชน และสังคมร่วมกันเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยทางลักษณะประชากรหลายประการที่ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของบุคลากร ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยตามแผนภาพ ดังนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 2

### ระเบียบวิธีวิจัย

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดการวิจัยดังนี้

- 1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 2) เครื่องมือในการวิจัย
- 3) การแปลผลคะแนน
- 4) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 5) การวิเคราะห์ข้อมูล
- 6) จริยธรรมในการวิจัย
- 7) แผนการดำเนินงาน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานอยู่ในประเทศไทย ใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*power ซึ่งเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ โดยกำหนดค่าเบื้องต้นในการคำนวณดังนี้

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| ขนาดอิทธิพล         | = 0.3 (ปานกลาง) |
| ระดับนัยสำคัญ       | = 0.05          |
| อำนาจการทดสอบ       | = 0.95          |
| ระดับองศาอิสระ (df) | = 8             |

ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างภูมิภาคละ 235 คน และเพิ่มค่าประมาณการการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างภูมิภาคละ 250 คน จำนวน 4 ภูมิภาค และเจ้าหน้าที่สังกัดกรมควบคุมโรคอีก 1 กลุ่ม รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำ จำนวน 1,250 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเลือกพื้นที่ตามลักษณะการจัดแบ่งภาค โดยใช้หลักการแบ่งภาคตามบริบททางสถิติ ทำให้ได้พื้นที่ 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขั้นที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเพื่อสุ่มคัดเลือกจังหวัดในภาคละ 4 จังหวัด รวมเป็น 16 จังหวัด ได้แก่

ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดพิษณุโลก



ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดนครพนม และจังหวัดนครราชสีมา

ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดกระบี่ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสงขลา และจังหวัดยะลา

ขั้นที่ 3 ทำการหาสัดส่วนจากกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำคือ 1,000 คน จากจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกในภูมิภาคทั้ง 16 จังหวัด ได้ขนาดตัวอย่างแต่ละจังหวัด 62.5 คน ผู้วิจัยจึงต้องดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างน้อยจังหวัดละ 63 คน ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 1,008 คน ซึ่งเป็นไปตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้คือ ไม่ต่ำกว่า 1,000 คน

ขั้นที่ 4 เมื่อได้พื้นที่จังหวัดและจำนวนแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่อำเภอเมืองของจังหวัดนั้นๆ แบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากบริบทของอำเภอไม่ใช่ประเด็นสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในหน่วยงานของอำเภอเมืองในจังหวัดนั้นๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

สำหรับเจ้าหน้าที่สังกัดกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขนั้น ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. มีอายุงานในตำแหน่งปัจจุบันถึงวันที่ทำแบบสอบถามไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. อาสาสมัครมีความไม่สบายใจในขณะที่ทำแบบสอบถาม
2. ตอบคำถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้

## เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-Questionnaires) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวิธีการดำเนินการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

- 1) ศึกษาองค์ความรู้จากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสารและบทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) กำหนดขอบข่ายการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 3) สร้างแนวคำถามแบบมีโครงสร้างโดยมีประเด็นครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษา

โดยแบบสอบถามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

|                                                     |              |
|-----------------------------------------------------|--------------|
| ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร               | จำนวน 6 ข้อ  |
| ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 การรับรู้บรรยากาศองค์การ                  | จำนวน 10 ข้อ |

#### ลักษณะแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2 และ 3 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) โดยมีรายละเอียด

ดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมากและไม่เคยทำ

เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 3

|              |          |   |
|--------------|----------|---|
| ทำได้ง่ายมาก | ได้คะแนน | 4 |
| ทำได้ง่าย    | ได้คะแนน | 3 |
| ทำได้ยาก     | ได้คะแนน | 2 |
| ทำได้ยากมาก  | ได้คะแนน | 1 |
| ไม่เคยทำ     | ได้คะแนน | 0 |

2) การรับรู้บรรยากาศองค์การ มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุดและไม่ได้ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 4

|               |          |   |
|---------------|----------|---|
| มากที่สุด     | ได้คะแนน | 5 |
| มาก           | ได้คะแนน | 4 |
| น้อย          | ได้คะแนน | 3 |
| น้อยที่สุด    | ได้คะแนน | 2 |
| ไม่ได้ปฏิบัติ | ได้คะแนน | 1 |

#### การแปลผลคะแนน

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค โดยใช้เกณฑ์ของขวัญเมือง แก้วดำเกิงและจำเนียร ชุณหโสภาค, 2564 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

|                 |                 |              |
|-----------------|-----------------|--------------|
| ระดับไม่พอเพียง | ช่วงคะแนนร้อยละ | 0.0 – 60.0   |
| ระดับมีปัญหา    | ช่วงคะแนนร้อยละ | 61.0 – 74.9  |
| ระดับพอเพียง    | ช่วงคะแนนร้อยละ | 75.0 – 89.0  |
| ระดับดีเยี่ยม   | ช่วงคะแนนร้อยละ | 90.0 – 100.0 |

การแปลผลระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบ่งเป็น 5 ระดับโดยใช้สูตรการคำนวณอัตราภาคขั้น (Best, John W. 1983) ใช้สูตรดังนี้

$$\text{ความกว้างของอัตราภาคขั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนอัตราภาคขั้น}$$

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

(1) การหาความเที่ยงตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 -4 โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตั้งแต่ 0.60 – 1.00 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) มาใช้ในการวิจัยและนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม และการเพิ่มเหตุผลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน

(2) การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ในการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกในส่วนที่ 3-4 โดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ใช่ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้วยสถิติที (t-test) และหาค่า r (Item – Total Correlation ) จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และค่า Item-Total Correlation เท่ากับหรือมากกว่า 0.20 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ไว้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะนำไปใช้จริง

(3) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ได้ค่าความเชื่อมั่นตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.853

ส่วนที่ 3 การรับรู้บรรยากาศองค์การ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.848

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

## จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัย เรื่อง การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ Kucsc.HE-64-003 ณ วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2564 โดยในการวิจัยครั้งนี้ คณะวิจัยได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยการคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ (The Belmont Report, 1979) ได้แก่ หลักเคารพต่อบุคคล (Respect for persons) หลักคุณประโยชน์และไม่เป็นโทษ (Beneficence and non-maleficence) และหลักยุติธรรม (Justice)

ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และมีการชี้แจงว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการขอความร่วมมือโดยไม่มีค่าตอบแทน และความเสี่ยงของการเข้าร่วมวิจัยคือ อาจเกิดความสับสนในการตอบคำถาม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเลือกที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ อีกทั้งยังมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ

## กรอบการดำเนินงาน

การสำรวจครั้งนี้ได้มีการวางแผนระยะเวลาในการดำเนินงานจำนวน 7 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม จนถึงเดือนสิงหาคม 2564 ตามภาพที่ 2

| กิจกรรมในการดำเนินงาน                                       | ม.ค. | กพ. | มี.ค. | เม.ษ.-มิ.ย. | ก.ค. | ส.ค. |
|-------------------------------------------------------------|------|-----|-------|-------------|------|------|
| 1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง                    |      |     |       |             |      |      |
| 2. พัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล |      |     |       |             |      |      |
| 3. ยื่นขอจริยธรรมในการวิจัย                                 |      |     |       |             |      |      |
| 5. เก็บข้อมูล                                               |      |     |       |             |      |      |
| 6. วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล                               |      |     |       |             |      |      |
| 7. สรุปและอภิปรายผล                                         |      |     |       |             |      |      |
| 8. เขียนรายงานและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์                     |      |     |       |             |      |      |

ภาพที่ 2 กรอบกิจกรรมในการดำเนินงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจ

### บทที่ 3

### ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่องการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุขเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต้นไว้เท่ากับ 1,258 ตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่างใน 5 พื้นที่ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และเมื่อเก็บข้อมูลจริงพบว่าได้ข้อมูลถึง 5,031 ตัวอย่าง เพื่อให้ได้ประโยชน์จากข้อมูลสูงสุด การวิจัยครั้งนี้จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ มีรายละเอียดผลการสำรวจ ดังนี้

- 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) สถิติพื้นฐานของการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

#### ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร

| คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง                                                                                          | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ (n = 5,031)</b>                                                                                                   |       |        |
| - ชาย                                                                                                                    | 1,436 | 28.60  |
| - หญิง                                                                                                                   | 3,568 | 70.92  |
| - ไม่ระบุ                                                                                                                | 24    | 0.48   |
| <b>อายุ (n = 5,028)</b>                                                                                                  |       |        |
| - 18-25 ปี                                                                                                               | 351   | 6.98   |
| - 26-45 ปี                                                                                                               | 2,835 | 56.38  |
| - 46-60 ปี                                                                                                               | 1,821 | 36.22  |
| - 61 ปีขึ้นไป                                                                                                            | 21    | 0.42   |
| (ค่าเฉลี่ย = 40.88 ปี,<br>ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.97,<br>ฐานนิยม = 34 ปี<br>อายุต่ำสุด = 20 ปี,<br>อายุสูงสุด = 79 ปี) |       |        |

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากร (ต่อ)

| คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง                                                                                    | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>ระดับการศึกษา (n = 5,031)</b>                                                                                   |       |        |
| - ต่ำกว่าปริญญาตรี                                                                                                 | 1,080 | 21.47  |
| - ปริญญาตรี                                                                                                        | 3,059 | 60.80  |
| - ปริญญาโท หรือเทียบเท่า                                                                                           | 803   | 15.96  |
| - สูงกว่าปริญญาโท                                                                                                  | 89    | 1.77   |
| <b>พื้นที่ (n = 5,031)</b>                                                                                         |       |        |
| - ภาคเหนือ                                                                                                         | 954   | 18.90  |
| - ภาคกลาง                                                                                                          | 738   | 14.62  |
| - ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ                                                                                            | 614   | 12.16  |
| - ภาคใต้                                                                                                           | 1,948 | 38.59  |
| - กรมควบคุมโรค                                                                                                     | 777   | 15.39  |
| <b>ร้อยละของการติดต่อกับผู้รับบริการ (n = 5,031)</b>                                                               |       |        |
| - ร้อยละ 0 – 10                                                                                                    | 1,574 | 31.29  |
| - ร้อยละ 11 – 50                                                                                                   | 1,145 | 22.76  |
| - ร้อยละ 51 – 100                                                                                                  | 2,312 | 45.95  |
| <b>อายุงาน (n = 5,006)</b>                                                                                         |       |        |
| - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี                                                                                         | 1,821 | 36.38  |
| - 6 – 10 ปี                                                                                                        | 948   | 18.94  |
| - 11 – 20 ปี                                                                                                       | 980   | 19.58  |
| - 21 – 30 ปี                                                                                                       | 819   | 16.36  |
| - 31 ปีขึ้นไป                                                                                                      | 438   | 8.75   |
| (ค่าเฉลี่ย = 12.64 ปี,<br>ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.74,<br>ฐานนิยม = 1.00 ปี,<br>ต่ำสุด = 1 ปี,<br>สูงสุด = 40 ปี) |       |        |

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยมีจำนวนเท่ากับ 3,568 คน ร้อยละ 70.92 รองลงมาเป็นเพศชายมีจำนวน 1,436 คิดเป็นร้อยละ 28.60 ด้านอายุนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 26-45 ปี มีจำนวนถึง 2,835 คน คิดเป็นร้อยละ 56.38 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 46-60 ปี มีจำนวน 1,821คน หรือร้อยละ 36.22 มีฐานนิยมอยู่ที่ 34 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่ 40.88 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.97 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 3,059 คน หรือร้อยละ 60.80 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี รองลงมาเป็นระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 1,080 คน หรือร้อยละ 21.47 ด้านลักษณะพื้นที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้ คิดเป็นจำนวน 1,948 คน หรือร้อยละ 38.59 รองลงมาเป็นกรม

ควบคุมโรค จำนวน 777 คน คิดเป็นร้อยละ 15.39 ด้านร้อยละของการติดต่อผู้รับบริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 2,312 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.95 มีอัตราการติดต่อผู้ให้บริการอยู่ที่ร้อยละ 50-100 รองลงมาเป็นกลุ่ม 0-10 มีจำนวน 1,574 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.29 ด้านอายุงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีจำนวน 1,821 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 36.38 โดยมีอายุงานเฉลี่ยอยู่ที่ 12.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.74 และมีฐานนิยมเท่ากับ 1

## ตอนที่ 2 สถิติพื้นฐานของการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ (n = 4,905)

| องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------|------------|--------|
| - น้อยที่สุด (10 - 18)  | 23         | 0.47   |
| - น้อย (19 - 26)        | 61         | 1.24   |
| - ปานกลาง (27 - 34)     | 625        | 12.74  |
| - มาก (35 - 42)         | 3,093      | 63.06  |
| - มากที่สุด (43 - 50)   | 1,103      | 22.49  |

( $\bar{X}$  = 39.66, SD = 5.55, ระดับ = มาก)

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 3,039 คน คิดเป็นร้อยละ 63.06 ให้คะแนนองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก รองลงมาเป็นระดับมากที่สุดจำนวน 1,103 คน หรือร้อยละ 22.49 ระดับปานกลาง จำนวน 625 คน หรือร้อยละ 12.74 ระดับน้อยจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 1.24 และระดับน้อยที่สุดจำนวน 23 คน หรือร้อยละ 0.47 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 39.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.55 จัดอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ

| มิติขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ                                   | ค่าเฉลี่ย<br>(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | ระดับ |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 1. ผู้นำ (n = 5,022)                                             | 4.10 (0.64)                         | มาก   |
| 2. การบูรณาการเข้ากับงาน (n = 5,007)                             | 3.97 (0.72)                         | มาก   |
| 3. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (n = 5,010)                      | 3.86 (0.72)                         | มาก   |
| 4. การคำนึงถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (n = 5,008) | 3.86 (0.73)                         | มาก   |
| 5. มาตรฐานการสื่อสาร (n = 5,003)                                 | 3.97 (0.68)                         | มาก   |

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ (ต่อ)

| มิติขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ               | ค่าเฉลี่ย<br>(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | ระดับ |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 6. การเข้าถึงข้อมูล (n = 5,005)              | 3.97 (0.69)                         | มาก   |
| 7. การใช้สื่อที่หลากหลาย (n = 5,005)         | 4.01 (0.68)                         | มาก   |
| 8. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง (n = 5,007) | 4.00 (0.69)                         | มาก   |
| 9. ต้นทุน (n = 5,006)                        | 4.01 (0.68)                         | มาก   |
| 10. การพัฒนากำลังคน (n = 4,956)              | 3.91 (0.73)                         | มาก   |

จากตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 10 มิติอยู่ในระดับสูง โดยด้านผู้นำมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.64 รองลงมาเป็นด้านการใช้สื่อที่หลากหลายและด้านต้นทุน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันที่ 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68 และด้านการให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร  
สาธารณสุข

| มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ                      | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------|------------|--------|
| <b>ทักษะการเข้าถึง</b>                           |            |        |
| - ไม่เพียงพอ (0.00-9.59)                         | 404        | 8.03   |
| - มีปัญหา (9.60-11.99)                           | 756        | 15.03  |
| - พอเพียง (12.00-14.39)                          | 3,137      | 62.35  |
| - ดีเยี่ยม (14.40-16.00)                         | 734        | 14.59  |
| ( $\bar{X}$ = 12.30, SD = 2.22, ระดับ = พอเพียง) |            |        |
| <b>ทักษะการเข้าใจ</b>                            |            |        |
| - ไม่เพียงพอ (0.00-9.59)                         | 439        | 8.73   |
| - มีปัญหา (9.60-11.99)                           | 769        | 15.29  |
| - พอเพียง (12.00-14.39)                          | 3,216      | 63.92  |
| - ดีเยี่ยม (14.40-16.00)                         | 607        | 12.07  |
| ( $\bar{X}$ = 12.02, SD = 2.13, ระดับ = พอเพียง) |            |        |



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร  
สาธารณสุข (ต่อ)

| มิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพ                       | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------|------------|--------|
| <b>ทักษะการไต่ถาม</b>                             |            |        |
| - ไม่เพียงพอ (0.00-9.59)                          | 908        | 18.05  |
| - มีปัญหา (9.60-11.99)                            | 931        | 18.51  |
| - พอเพียง (12.00-14.39)                           | 2,614      | 51.96  |
| - ดีเยี่ยม (14.40-16.00)                          | 578        | 11.49  |
| ( $\bar{X}$ = 11.40, SD = 2.68, ระดับ = มีปัญหา)  |            |        |
| <b>ทักษะการตัดสินใจ</b>                           |            |        |
| - ไม่เพียงพอ (0.00-9.59)                          | 846        | 16.82  |
| - มีปัญหา (9.60-11.99)                            | 821        | 16.32  |
| - พอเพียง (12.00-14.39)                           | 2,919      | 58.02  |
| - ดีเยี่ยม (14.40-16.00)                          | 445        | 8.85   |
| ( $\bar{X}$ = 11.39, SD = 2.48, ระดับ = มีปัญหา)  |            |        |
| <b>ทักษะการนำไปใช้</b>                            |            |        |
| - ไม่เพียงพอ (0.00-9.59)                          | 672        | 13.36  |
| - มีปัญหา (9.60-11.99)                            | 884        | 17.57  |
| - พอเพียง (12.00-14.39)                           | 3,004      | 59.71  |
| - ดีเยี่ยม (14.40-16.00)                          | 471        | 9.36   |
| ( $\bar{X}$ = 11.69, SD = 2.27, ระดับ = มีปัญหา)  |            |        |
| <b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม</b>                 |            |        |
| - ไม่เพียงพอ (0.00 - 47.99)                       | 492        | 9.78   |
| - มีปัญหา (48.00 - 59.99)                         | 1,800      | 35.78  |
| - พอเพียง (60 - 71.99)                            | 2,293      | 45.58  |
| - ดีเยี่ยม (72.00 - 80.00)                        | 446        | 8.87   |
| ( $\bar{X}$ = 58.81, SD = 10.07, ระดับ = มีปัญหา) |            |        |

จากตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขด้านป้องกันควบคุมโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 58.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.07 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับมีปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,293 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.58 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาเป็นระดับมีปัญห จำนวน 1,800 คน หรือร้อยละ 35.78 อยู่ในระดับไม่เพียงพอจำนวน 492 คน หรือร้อยละ 9.78 และอยู่ในระดับดีเยี่ยมจำนวน 446 คน หรือร้อยละ 8.87 ตามลำดับ โดย

ด้านทักษะการเข้าถึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 12.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.22 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับเพียงพอ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 3,137 คน หรือร้อยละ 62.35 มี

ค่าเฉลี่ยทักษะด้านเข้าใจอยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 756 คน คิดเป็นร้อยละ 15.03 ระดับดีเยี่ยม 734 คน คิดเป็นร้อยละ 14.59 และระดับไม่เพียงพอจำนวน 404 คน คิดเป็นร้อยละ 8.03 ตามลำดับ

ด้านทักษะการเข้าใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 12.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.13 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับเพียงพอ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 3,216 คน หรือร้อยละ 63.92 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านเข้าใจอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 769 คน คิดเป็นร้อยละ 15.29 ระดับดีเยี่ยม 607 คน คิดเป็นร้อยละ 12.07 และระดับไม่เพียงพอจำนวน 439 คน คิดเป็นร้อยละ 8.73 ตามลำดับ

ด้านทักษะการไต่ถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 11.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.68 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับมีปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,614 คน หรือร้อยละ 51.96 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านการไต่ถามอยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 931 คน คิดเป็นร้อยละ 18.51 ระดับไม่เพียงพอจำนวน 908 คน คิดเป็นร้อยละ 18.05 และระดับดีเยี่ยม 578 คน คิดเป็นร้อยละ 11.49ตามลำดับ

ด้านทักษะการตัดสินใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 11.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.48 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับมีปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,919 คน หรือร้อยละ 58.02 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาเป็นระดับไม่เพียงพอ จำนวน 846 คน หรือร้อยละ 16.82 ระดับมีปัญหาจำนวน 821 คน คิดเป็นร้อยละ 16.32 และระดับดีเยี่ยมจำนวน 445 คน ร้อยละ 8.85 ตามลำดับ

ด้านทักษะการนำไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 11.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.27 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับมีปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 3,004 คน หรือร้อยละ 59.71 มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านการนำไปใช้อยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 884 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ระดับไม่เพียงพอ จำนวน 672 คน หรือร้อยละ 13.36 และระดับดีเยี่ยมจำนวน 471 คน ร้อยละ 9.36 ตามลำดับ

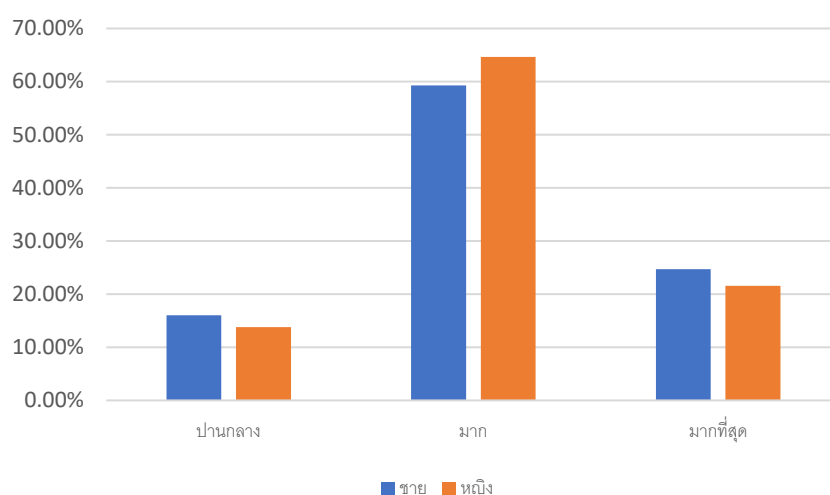
### ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

#### ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

| เพศ  | ระดับการรับรู้องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |                   |
|------|---------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
|      | น้อยที่สุดถึงปานกลาง                  | มาก              | มากที่สุด        | รวม               |
| ชาย  | 226<br>(16.01)                        | 837<br>(59.28)   | 349<br>(24.72)   | 1,412<br>(28.93)  |
| หญิง | 479<br>(13.81)                        | 2,242<br>(64.63) | 748<br>(21.56)   | 3,469<br>(71.07)  |
| รวม  | 705<br>(14.44)                        | 3,079<br>(63.08) | 1,097<br>(22.47) | 4,881<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 12.355, p = 0.002$$

\*  $p \leq .05$



ภาพที่ 3 เพศกับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

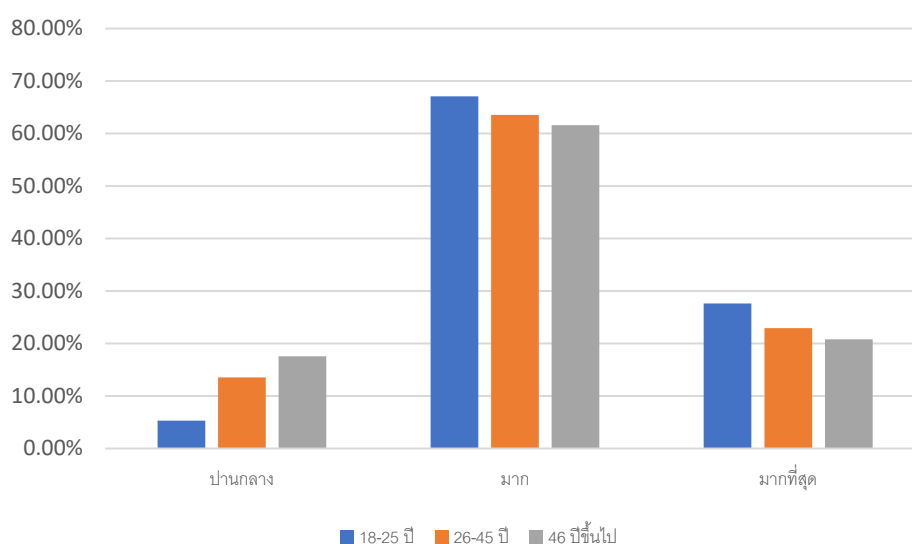
จากตารางที่ 5 และภาพที่ 3 แสดงให้เห็นว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเพศชายจะมีสัดส่วนการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลางและมากที่สุดมากกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงมีสัดส่วนการรับรู้บรรยากาศองค์การในระดับปานกลางมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

| อายุ        | ระดับการรับรู้องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |                   |
|-------------|---------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
|             | น้อยที่สุดถึงปานกลาง                  | มาก              | มากที่สุด        | รวม               |
| 18-25 ปี    | 18<br>(5.29)                          | 228<br>(67.06)   | 94<br>(27.65)    | 340<br>(6.94)     |
| 26-45 ปี    | 375<br>(13.53)                        | 1,762<br>(63.56) | 635<br>(22.91)   | 2,772<br>(56.55)  |
| 46 ปีขึ้นไป | 315<br>(17.06)                        | 1,103<br>(61.62) | 372<br>(20.78)   | 1,790<br>(36.52)  |
| รวม         | 708<br>(14.44)                        | 3,093<br>(63.09) | 1,101<br>(22.46) | 4,902<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 22.076^*, p = 0.001$$

\*  $p \leq .05$



ภาพที่ 4 อายุกับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

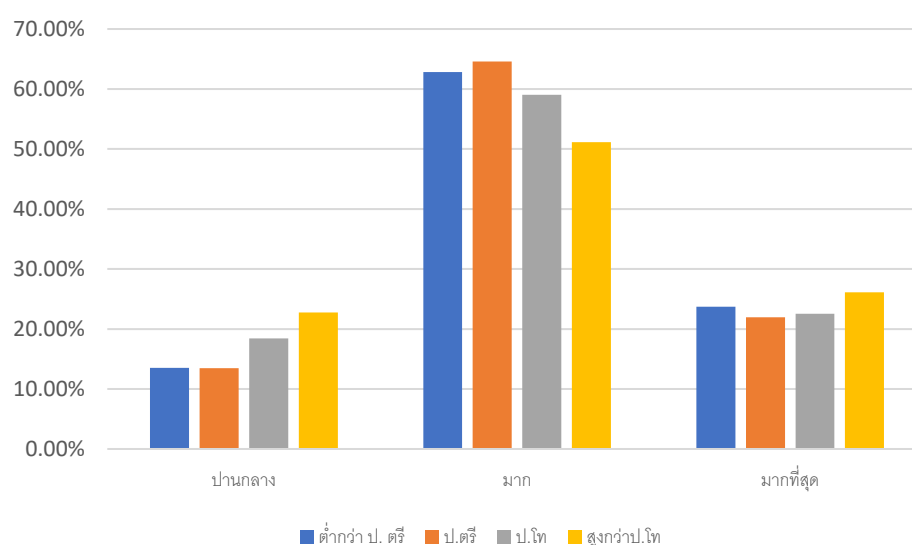
จากตารางที่ 6 และภาพที่ 4 แสดงให้เห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่อายุ 18-25 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่รับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมากและมากที่สุดมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการรับรู้การรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ระดับการศึกษา         | ระดับการรับรู้การรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |                   |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
|                       | น้อยที่สุดถึงปานกลาง              | มาก              | มากที่สุด        | รวม               |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี      | 142<br>(13.51)                    | 660<br>(62.80)   | 249<br>(23.69)   | 1,051<br>(21.43)  |
| ปริญญาตรี             | 402<br>(13.49)                    | 1,924<br>(64.56) | 654<br>(21.95)   | 2,980<br>(60.75)  |
| ปริญญาโทหรือเทียบเท่า | 145<br>(18.45)                    | 464<br>(59.03)   | 177<br>(22.52)   | 786<br>(16.02)    |
| สูงกว่าปริญญาโท       | 20<br>(22.73)                     | 45<br>(51.14)    | 23<br>(26.14)    | 88<br>(1.79)      |
| รวม                   | 709<br>(14.45)                    | 3,093<br>(63.06) | 1,103<br>(22.49) | 4,905<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 22.076, p = 0.001$$

\*  $p \leq .05$



ภาพที่ 5 ระดับการศึกษากับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

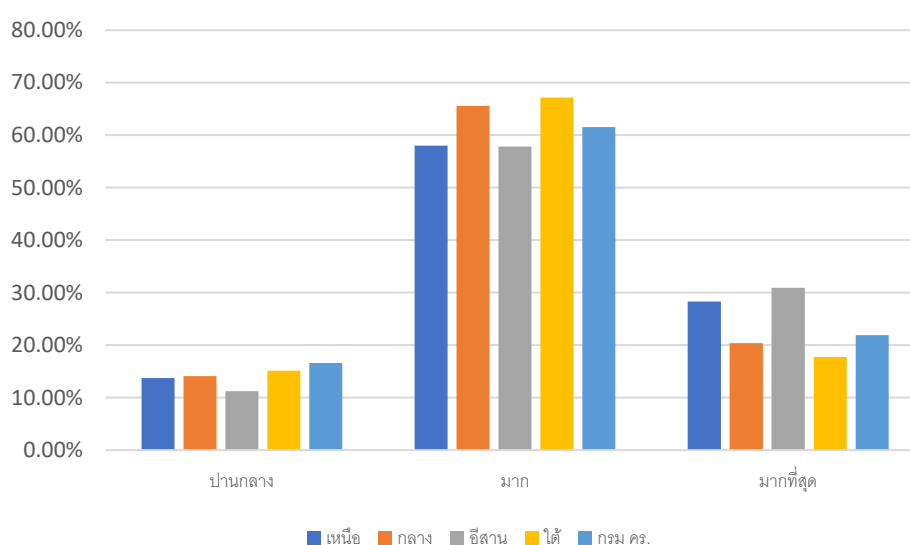
จากตารางที่ 7 และภาพที่ 5 แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้การรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาโทและสูงกว่ามีสัดส่วนของผู้ที่รับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมากที่สุดมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ แต่ขณะเดียวกันก็พบว่ากลุ่มดังกล่าวก็มีสัดส่วนการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มน้อยที่สุดถึงปานกลางมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่กับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

| พื้นที่               | ระดับการรับรู้องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |                   |
|-----------------------|---------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
|                       | น้อยที่สุดถึงปานกลาง                  | มาก              | มากที่สุด        | รวม               |
| ภาคเหนือ              | 131<br>(13.73)                        | 553<br>(57.97)   | 270<br>(28.30)   | 954<br>(19.45)    |
| ภาคกลาง               | 103<br>(14.07)                        | 480<br>(65.57)   | 149<br>(20.36)   | 732<br>(14.92)    |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 69<br>(11.24)                         | 355<br>(57.82)   | 190<br>(30.94)   | 614<br>(12.52)    |
| ภาคใต้                | 227<br>(15.15)                        | 1,227<br>(67.12) | 324<br>(17.72)   | 1,828<br>(37.27)  |
| กรมควบคุมโรค          | 129<br>(16.60)                        | 478<br>(61.52)   | 170<br>(21.88)   | 777<br>(15.84)    |
| รวม                   | 709<br>(14.45)                        | 3,093<br>(63.06) | 1,103<br>(22.49) | 4,905<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 74.246, p = 0.000$$

\*  $p \leq .05$



ภาพที่ 6 พื้นที่กับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

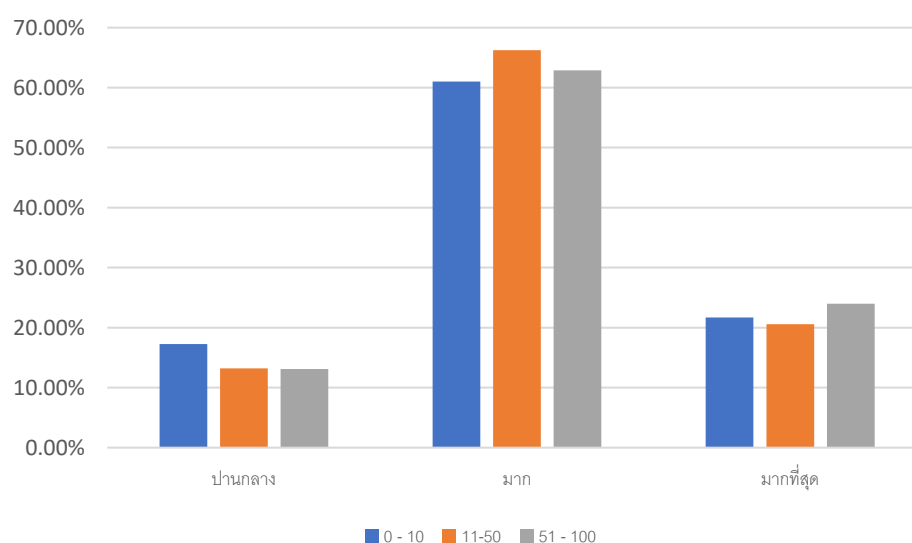
จากตารางที่ 8 และภาพที่ 6 แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีส่วนของผู้ที่รับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพระดับมากที่สุดมากกว่ากลุ่มพื้นที่อื่น ๆ

**ตารางที่ 9** ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการติดต่อกับผู้รับบริการกับระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ระดับการติดต่อ  | ระดับการรับรู้องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |                   |
|-----------------|---------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
|                 | น้อยที่สุดถึงปานกลาง                  | มาก              | มากที่สุด        | รวม               |
| ร้อยละ 0 - 10   | 269<br>(17.27)                        | 951<br>(61.04)   | 338<br>(21.69)   | 1,558<br>(31.76)  |
| ร้อยละ 11 - 50  | 148<br>(13.19)                        | 743<br>(66.22)   | 231<br>(20.59)   | 1,122<br>(22.87)  |
| ร้อยละ 51 - 100 | 292<br>(13.12)                        | 1,399<br>(62.88) | 534<br>(24.00)   | 2,225<br>(45.36)  |
| รวม             | 709<br>(14.45)                        | 3,093<br>(63.06) | 1,103<br>(22.49) | 4,905<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 19.782, p = 0.001$$

\*  $p \leq .05$



**ภาพที่ 7** ระดับการติดต่อกับผู้รับบริการกับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

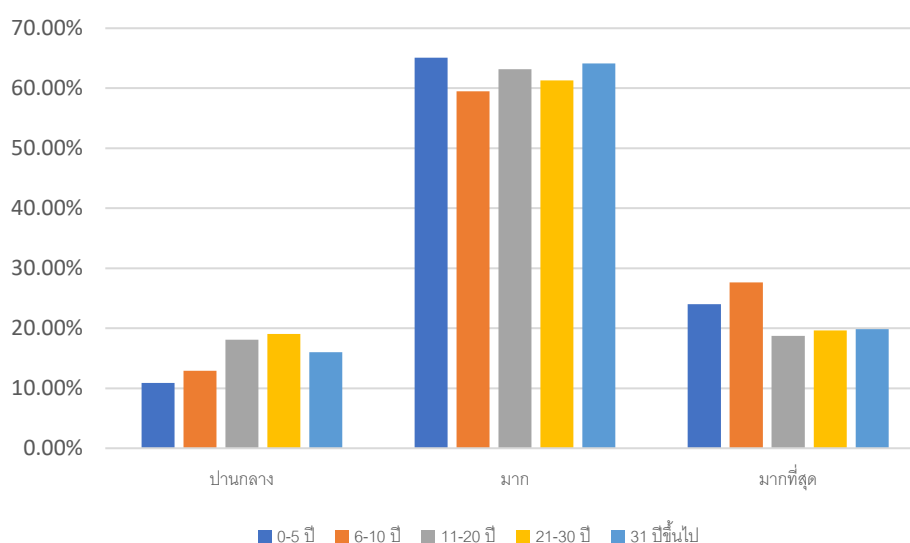
จากตารางที่ 9 และภาพที่ 7 แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีระดับการติดต่อกับผู้รับบริการร้อยละ 0 - 10 มีสัดส่วนการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลางมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุงานกับระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

| อายุงาน              | ระดับการรับรู้องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |                   |
|----------------------|---------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
|                      | น้อยที่สุดถึงปานกลาง                  | มาก              | มากที่สุด        | รวม               |
| น้อยกว่าเท่ากับ 5 ปี | 194<br>(10.90)                        | 1,159<br>(65.11) | 427<br>(23.99)   | 1,780<br>(36.47)  |
| 6-10 ปี              | 119<br>(12.89)                        | 549<br>(59.48)   | 255<br>(27.63)   | 923<br>(18.91)    |
| 11-20 ปี             | 173<br>(18.10)                        | 604<br>(63.18)   | 179<br>(18.72)   | 956<br>(19.59)    |
| 20-30 ปี             | 153<br>(19.03)                        | 493<br>(61.32)   | 158<br>(19.65)   | 804<br>(16.47)    |
| 31 ปีขึ้นไป          | 67<br>(16.03)                         | 268<br>(64.11)   | 83<br>(19.86)    | 418<br>(8.56)     |
| รวม                  | 706<br>(14.46)                        | 3,073<br>(62.96) | 1,102<br>(22.57) | 4,881<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 64.460^*, p = 0.000$$

\*  $p \leq .05$



ภาพที่ 8 อายุงานกับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากตารางที่ 10 และภาพที่ 8 แสดงให้เห็นว่าอายุงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่อายุงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และ 6-10 ปี มีสัดส่วนการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุดมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

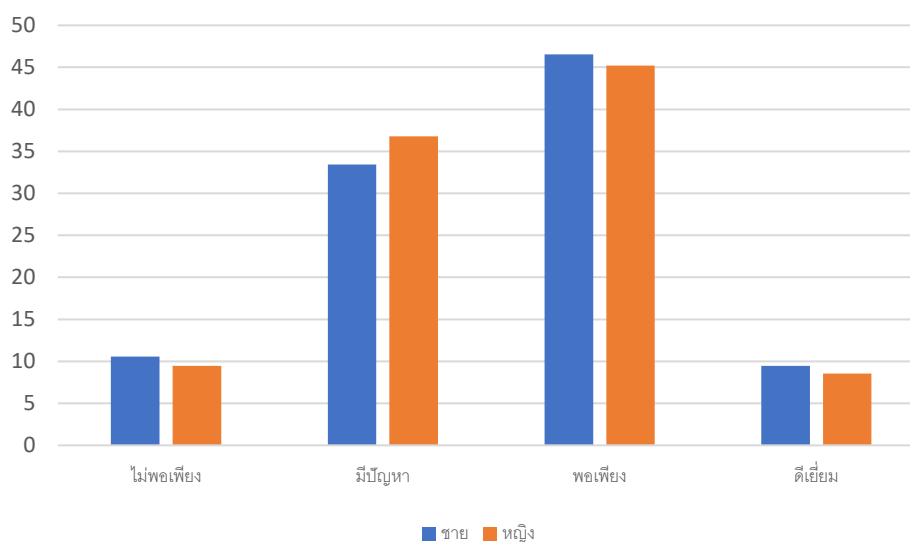


#### ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| เพศ  | ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |               |                  |
|------|---------------------------|------------------|------------------|---------------|------------------|
|      | ไม่พอเพียง                | มีปัญหา          | พอเพียง          | ดีเยี่ยม      | รวม              |
| ชาย  | 152<br>(10.56)            | 481<br>(33.43)   | 670<br>(46.56)   | 136<br>(9.45) | 1,439<br>(28.74) |
| หญิง | 338<br>(9.47)             | 1,312<br>(36.77) | 1,613<br>(45.21) | 305<br>(8.55) | 3,568<br>(71.26) |
| รวม  | 490<br>(9.79)             | 1,793<br>(35.81) | 2,283<br>(45.60) | 441<br>(8.81) | 5007<br>(100.00) |

$\chi^2 = 5.810, p = 0.121$



ภาพที่ 9 เพศกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

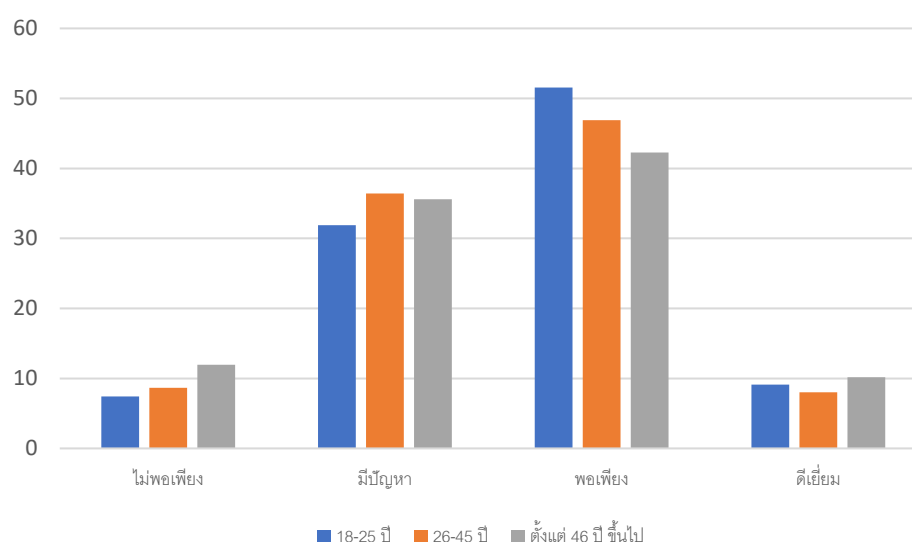
จากตารางที่ 11 และภาพที่ 9 แสดงให้เห็นว่าไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเพศชายและหญิงมีร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| อายุ                 | ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |                |                   |
|----------------------|---------------------------|------------------|------------------|----------------|-------------------|
|                      | ไม่พอเพียง                | มีปัญหา          | พอเพียง          | ดีเยี่ยม       | รวม               |
| 18-25 ปี             | 26<br>(7.41)              | 112<br>(31.91)   | 181<br>(51.57)   | 32<br>(9.12)   | 1,080<br>(6.98)   |
| 26-45 ปี             | 246<br>(8.68)             | 1,032<br>(36.40) | 1,291<br>(46.91) | 227<br>(8.01)  | 2,835<br>(56.38)  |
| ตั้งแต่ 46 ปี ขึ้นไป | 220<br>(11.94)            | 656<br>(35.61)   | 779<br>(42.29)   | 187<br>(10.15) | 1,842<br>(36.63)  |
| รวม                  | 492<br>(9.79)             | 1,800<br>(35.80) | 2,290<br>(45.54) | 446<br>(8.87)  | 5,028<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 30.203^*, p = 0.00$$

\*  $p \leq .05$



ภาพที่ 10 อายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

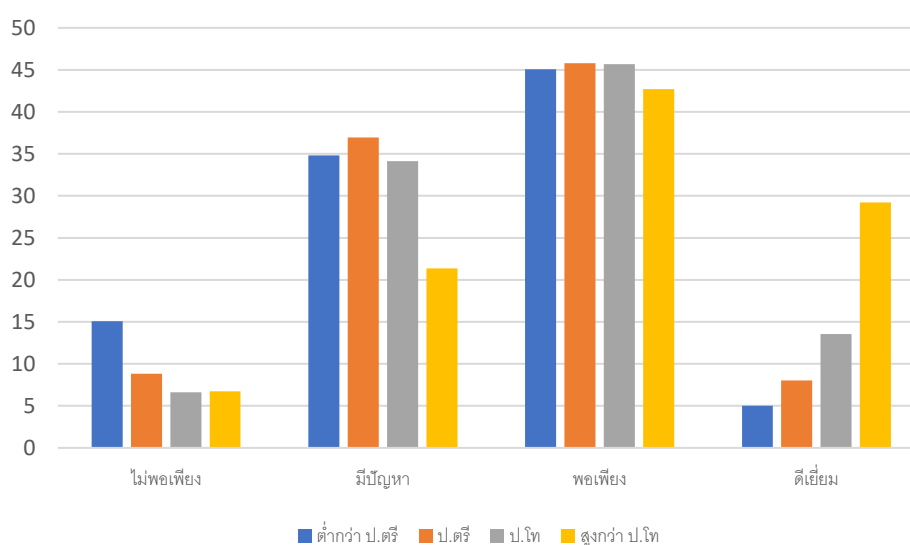
จากตารางที่ 12 และภาพที่ 10 แสดงให้เห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี จะมีสัดส่วนผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่กลุ่มอายุมากกว่า 46 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่พอเพียงมากกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ระดับการศึกษา          | ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |                | รวม               |
|------------------------|---------------------------|------------------|------------------|----------------|-------------------|
|                        | ไม่พอเพียง                | มีปัญหา          | พอเพียง          | ดีเยี่ยม       |                   |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี       | 163<br>(15.09)            | 376<br>(34.81)   | 487<br>(45.09)   | 54<br>(5.00)   | 1,080<br>(21.47)  |
| ปริญญาตรี              | 270<br>(8.83)             | 1,131<br>(36.97) | 1,401<br>(45.80) | 257<br>(8.04)  | 3,059<br>(60.80)  |
| ปริญญาโท หรือเทียบเท่า | 53<br>(6.60)              | 274<br>(34.12)   | 367<br>(45.70)   | 109<br>(13.57) | 803<br>(15.96)    |
| สูงกว่าปริญญาโท        | 6<br>(6.74)               | 19<br>(21.35)    | 38<br>(42.70)    | 26<br>(29.21)  | 89<br>(1.77)      |
| รวม                    | 492<br>(9.78)             | 1,800<br>(35.78) | 2,293<br>(45.58) | 446<br>(8.87)  | 5,031<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 32.689^*, p = 0.00$$

\*  $p \leq .05$



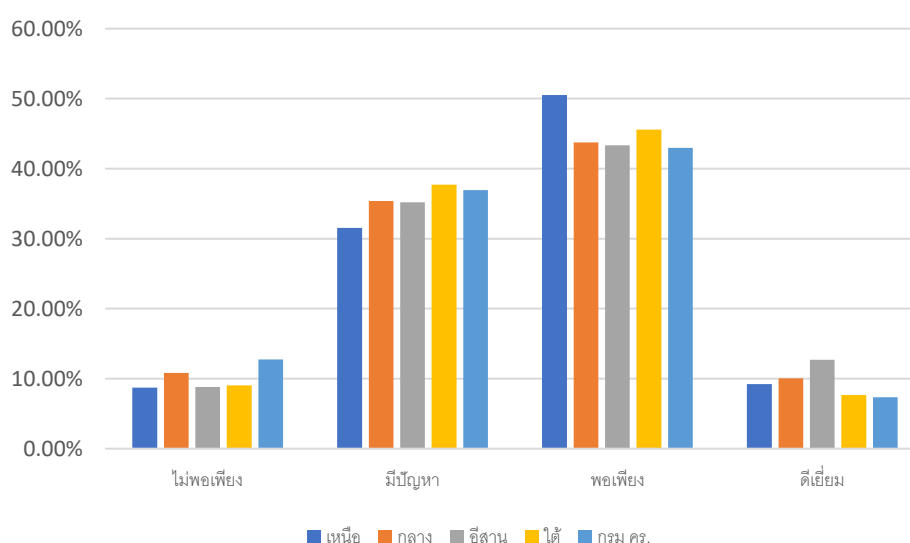
ภาพที่ 11 ระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากตารางที่ 13 และภาพที่ 11 แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษต่ำกว่าปริญญาตรีมีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่พอเพียงมากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาโทมีสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยมมากกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่กับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ระดับการศึกษา         | ระดับความรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |               |                   |
|-----------------------|------------------------|------------------|------------------|---------------|-------------------|
|                       | ไม่พอเพียง             | มีปัญหา          | พอเพียง          | ดีเยี่ยม      | รวม               |
| ภาคเหนือ              | 83<br>(8.70)           | 301<br>(31.55)   | 482<br>(50.52)   | 88<br>(9.22)  | 954<br>(18.96)    |
| ภาคกลาง               | 80<br>(10.84)          | 261<br>(35.37)   | 323<br>(43.77)   | 74<br>(10.03) | 738<br>(14.67)    |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 54<br>(8.79)           | 216<br>(35.18)   | 266<br>(43.32)   | 78<br>(12.70) | 614<br>(15.96)    |
| ภาคใต้                | 176<br>(9.03)          | 735<br>(37.73)   | 888<br>(45.59)   | 149<br>(7.65) | 1,948<br>(38.72)  |
| กรมควบคุมโรค          | 99<br>(12.74)          | 287<br>(36.94)   | 334<br>(42.99)   | 57<br>(7.34)  | 777<br>(15.44)    |
| รวม                   | 492<br>(9.78)          | 1,800<br>(35.78) | 2,293<br>(45.58) | 446<br>(8.87) | 5,031<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 42.147^*, p = 0.00$$



ภาพที่ 12 ระดับการศึกษากับความรู้ด้านสุขภาพ

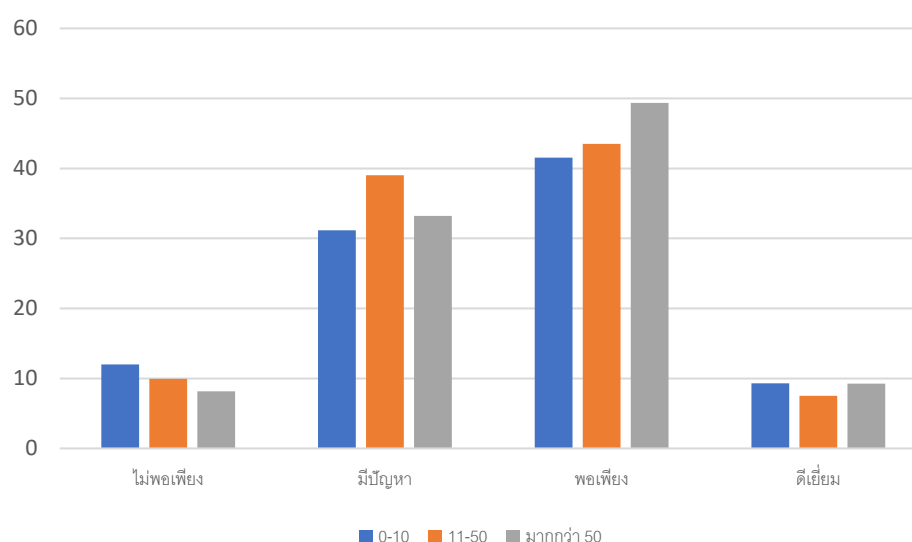
จากตารางที่ 14 และภาพที่ 12 แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีส่วนความรู้ด้านสุขภาพในดีเยี่ยมมากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาคเหนือมีส่วนความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียงมากกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ระดับการติดต่อกับ<br>ผู้รับบริการ | ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |               | รวม               |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------|------------------|---------------|-------------------|
|                                   | ไม่พอเพียง                | มีปัญหา          | พอเพียง          | ดีเยี่ยม      |                   |
| ร้อยละ 0 - 10                     | 189<br>(12.01)            | 585<br>(31.17)   | 654<br>(41.55)   | 146<br>(9.28) | 1,574<br>(31.29)  |
| ร้อยละ 11 - 50                    | 114<br>(9.96)             | 447<br>(39.04)   | 498<br>(43.49)   | 86<br>(7.51)  | 1,145<br>(22.76)  |
| มากกว่าร้อยละ 50                  | 189<br>(8.17)             | 768<br>(33.22)   | 1,141<br>(49.35) | 214<br>(9.26) | 2,312<br>(45.96)  |
| รวม                               | 492<br>(9.78)             | 1,800<br>(35.78) | 2,293<br>(45.58) | 446<br>(8.87) | 5,031<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 39.585^*, p = 0.00$$

\*  $p \leq .05$



ภาพที่ 13 ระดับการติดต่อกับผู้รับบริการและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

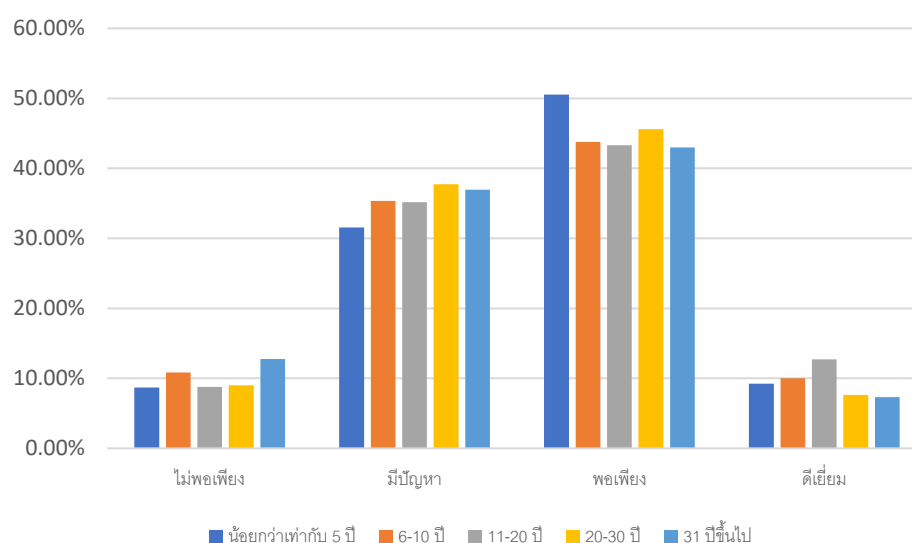
จากตารางที่ 15 และภาพที่ 13 แสดงให้เห็นว่าระดับการติดต่อกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการติดต่อกับผู้บริการมากกว่าร้อยละ 50 มีระดับความรอบรู้ด้านในระดัพอเพียงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุงานกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ระดับการติดต่อกับ<br>ผู้รับบริการ | ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ |                  |                  |               |                   |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------|------------------|---------------|-------------------|
|                                   | ไม่พอเพียง                | มีปัญหา          | พอเพียง          | ดีเยี่ยม      | รวม               |
| น้อยกว่าเท่ากับ 5 ปี              | 83<br>(8.70)              | 301<br>(31.55)   | 482<br>(50.52)   | 88<br>(9.22)  | 954<br>(18.96)    |
| 6-10 ปี                           | 80<br>(10.84)             | 261<br>(35.37)   | 323<br>(43.77)   | 74<br>(10.03) | 738<br>(14.67)    |
| 11-20 ปี                          | 54<br>(8.79)              | 216<br>(35.18)   | 266<br>(43.32)   | 78<br>(12.70) | 614<br>(12.20)    |
| 20-30 ปี                          | 176<br>(9.03)             | 735<br>(37.73)   | 888<br>(45.59)   | 149<br>(7.65) | 1,948<br>(38.72)  |
| 31 ปีขึ้นไป                       | 99<br>(12.74)             | 287<br>(36.94)   | 334<br>(42.99)   | 57<br>(7.34)  | 777<br>(15.44)    |
| รวม                               | 492<br>(9.78)             | 1,800<br>(35.78) | 2,293<br>(45.58) | 446<br>(8.87) | 5,031<br>(100.00) |

$$\chi^2 = 42.147^*, p = 0.000$$

\*  $p \leq .05$



ภาพที่ 14 อายุงานกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากตารางที่ 16 และภาพที่ 14 แสดงให้เห็นว่าระดับการติดต่อกับผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุงานระหว่าง 20-30 ปี และมากกว่า 30 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ

## ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) แบบผันแปรได้ 2 ค่า (Binary Logistic) การคำนวณครั้งนี้จึงต้องทำการแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพใหม่ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มระดับไม่พอเพียง และระดับมีปัญหา จัดเป็น **ระดับไม่เพียงพอ** (คะแนนร้อยละ 0 - 74)

กลุ่มระดับพอเพียง และดีเยี่ยม จัดเป็น **ระดับเพียงพอ** (คะแนนร้อยละ 75 - 100)

ก่อนทำการวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้น พบว่าข้อมูลชุดดังกล่าวได้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด จึงได้ทำการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติก มีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

**ตารางที่ 17** การทำนายโอกาสของการมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

| ข้อมูลที่สังเกตได้จริง | โอกาสในการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ |         |              |
|------------------------|---------------------------------------|---------|--------------|
|                        | ไม่เพียงพอ                            | เพียงพอ | %ความถูกต้อง |
| ไม่เพียงพอ             | 1,193                                 | 1,038   | 53.5         |
| เพียงพอ                | 635                                   | 2,012   | 76.0         |
| รวม                    |                                       |         | 65.7         |

จากตารางที่ 17 พบว่า บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอจริงเท่ากับ 2,231 คน เมื่อใช้สมการทำนายโลจิสติกพบว่าสามารถทำนายว่าบุคคลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอเท่ากับ 1,193 คน แสดงว่าสมการดังกล่าวสามารถพยากรณ์ถูกต้องเท่ากับ 53.5 %

บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอจริงเท่ากับ 2,647 คน เมื่อใช้สมการทำนายโลจิสติกพบว่าสามารถทำนายว่าบุคคลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอเท่ากับ 2,012 คน แสดงว่าสมการดังกล่าวสามารถพยากรณ์ถูกต้องเท่ากับ 76.0 %

ร้อยละของการพยากรณ์ถูกต้องเท่ากับ  $(1,193+2,012)/(2,231+2,647) = 65.7$

ร้อยละของการพยากรณ์ไม่ถูกต้องเท่ากับ  $(1,038+635)/(2,231+2,647) = 34.3$

**ตารางที่ 18** ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
(n = 4,868)

| Variables                                        | B      | S.E  | Wald    | df | p    | Exp(B) | 95% C.I.for<br>EXP(B) |       |
|--------------------------------------------------|--------|------|---------|----|------|--------|-----------------------|-------|
|                                                  |        |      |         |    |      |        | Lower                 | Upper |
| เพศ (ชาย)                                        | .213   | .072 | 8.843   | 1  | .003 | 1.237  | 1.075                 | 1.424 |
| อายุ                                             | -.006  | .003 | 4.034   | 1  | .045 | .994   | .988                  | 1.000 |
| ระดับการศึกษา (ต่ำกว่า<br>ปริญญาตรี)             |        |      | 53.796  | 3  | .000 |        |                       |       |
| ปริญญาตรี                                        | .242   | .082 | 8.586   | 1  | .003 | 1.273  | 1.083                 | 1.496 |
| ปริญญาโทหรือ<br>เทียบเท่า                        | .654   | .106 | 37.994  | 1  | .000 | 1.924  | 1.562                 | 2.368 |
| สูงกว่าปริญญาโท                                  | 1.300  | .269 | 23.369  | 1  | .000 | 3.668  | 2.166                 | 6.214 |
| ระดับการติดต่อ (ร้อยละ<br>0-10)                  |        |      | 31.363  | 2  | .000 |        |                       |       |
| ร้อยละ 10-50                                     | -.009  | .085 | .010    | 1  | .919 | .991   | .839                  | 1.171 |
| ร้อยละ 51 ขึ้นไป                                 | .349   | .073 | 22.956  | 1  | .000 | 1.418  | 1.229                 | 1.636 |
| การรับรู้บรรยากาศ<br>องค์การรอบรู้ด้าน<br>สุขภาพ | .151   | .007 | 476.424 | 1  | .000 | 1.162  | 1.147                 | 1.178 |
| ค่าคงที่ (Constant)                              | -6.030 | .328 | 338.729 | 1  | .000 | .002   |                       |       |

- 2log likelihood = 6024.065  
Chi-square = 39.448\*, df = 8, p-value = .000  
Cox & Snell R<sup>2</sup> = .134, Nagelkerke R<sup>2</sup> = .179

\*p<.05

จากตารางที่ 13 พบว่าค่าดัชนีต่าง ๆ ทางสถิติแสดงให้เห็นว่า โมเดลดังกล่าวสามารถทำนายโอกาสการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยโมเดลที่สร้างขึ้นสามารถทำนายการผันแปรของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 13.40 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### เพศ

- บุคลากรชายมีโอกาสมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอมากกว่าเพศหญิง 1.237 เท่า

#### อายุ

- บุคลากรที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสที่จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอเพิ่มขึ้น 0.994 เท่า (0.994 เป็นตัวเลขน้อยกว่า 1 แปลว่ายิ่งมีอายุมากขึ้นยิ่งมีโอกาสที่จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอน้อยลง)



### การศึกษา

- บุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าบุคลากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 1.083 เท่า
- บุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือเทียบเท่ามีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าบุคลากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 1.562 เท่า
- บุคลากรที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาโทมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าบุคลากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 2.166 เท่า

### ระดับการติดต่อกับผู้รับบริการ

- บุคลากรที่มีระดับการติดต่อกับผู้รับบริการ ร้อยละ 11 – 50 มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอไม่แตกต่างกับบุคลากรที่มีระดับการติดต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 0 -10
- บุคลากรที่มีระดับการติดต่อกับผู้รับบริการ ร้อยละ 51-100 มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอมากกว่าบุคลากรที่ติดต่อกับผู้รับบริการร้อยละ 0-10 1.229 เท่า

### การรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

- บุคลากรที่มีระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การเพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน มีโอกาสที่จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอมากขึ้น 1.147 เท่า

## บทที่ 4

### สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุขเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างใน 5 พื้นที่ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ได้ข้อมูลจำนวน 5,031 ตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข

#### ผลการวิจัยที่สำคัญ

##### 1. ลักษณะทั่วไปของประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงโดยมีจำนวนเท่ากับ 3,568 คน ร้อยละ 70.92 รองลงมาเป็นเพศชายมีจำนวน 1,436 คิดเป็นร้อยละ 28.60 ด้านอายุนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 26-45 ปี มีจำนวนถึง 2,835 คน คิดเป็นร้อยละ 56.38 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 46-60 ปี มีจำนวน 1,821คน หรือร้อยละ 36.22 มีฐานนิยมอยู่ที่ 34 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่ 40.88 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.97 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 3,059 คน หรือร้อยละ 60.80 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี รองลงมาเป็นระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 1,080 คน หรือร้อยละ 21.47 ด้านลักษณะพื้นที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้ คิดเป็นจำนวน 1,948 คน หรือร้อยละ 38.59 รองลงมาเป็นกรมควบคุมโรค จำนวน 777 คน คิดเป็นร้อยละ 15.39 ด้านร้อยละของการติดต่อผู้รับบริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 2,312 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.95 มีอัตราการติดต่อผู้ให้บริการอยู่ที่ร้อยละ 50-100 รองลงมาเป็นกลุ่ม 0-10 มีจำนวน 1,574 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.29 ด้านอายุงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีจำนวน 1,821 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 36.38 โดยมีอายุงานเฉลี่ยอยู่ที่ 12.64 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.74 และมีฐานนิยมเท่ากับ 1

##### 2. ระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 3,039 คน คิดเป็นร้อยละ 63.06 ให้คะแนนองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก รองลงมาเป็นระดับมากที่สุดจำนวน 1,103 คน หรือร้อยละ 22.49 ระดับปานกลาง จำนวน

625 คน หรือร้อยละ 12.74 ระดับน้อยจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 1.24 และระดับน้อยที่สุดจำนวน 23 คน หรือร้อยละ 0.47 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 39.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.55 จัดอยู่ในระดับมาก

เพื่อพิจารณาเป็นรายด้านสามารถเรียงลำดับ ด้านที่มีคะแนนมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้ ดังนี้

- 1) ด้านผู้นำ
- 2) ด้านการใช้สื่อที่หลากหลาย มีคะแนนเท่ากับด้านต้นทุน
- 3) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง
- 4) การบูรณาการเข้ากับงาน มีคะแนนเท่ากับด้านการมีมาตรฐานในการสื่อสาร และด้านการเข้าถึงข้อมูล
- 5) ด้านการพัฒนากำลังคน
- 6) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและด้านการคำนึงถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน

### 3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 58.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.07 ค่าเฉลี่ยดังกล่าวอยู่ในระดับมีปัญหา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 2,293 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.58 มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ รองลงมาเป็นระดับมีปัญหาจำนวน 1,800 คน หรือร้อยละ 35.78 อยู่ในระดับไม่เพียงพอจำนวน 492 คน หรือร้อยละ 9.78 และอยู่ในระดับดีเยี่ยมจำนวน 446 คน หรือร้อยละ 8.87 ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านสามารถเรียงลำดับด้านที่มีคะแนนมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้ ดังนี้

- 1) ด้านการเข้าถึง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอเพียง โดยมีอัตราส่วนผู้ที่อยู่ในระดับไม่พอเพียง และมีปัญหา เท่ากับร้อยละ 23.06
- 2) ด้านการเข้าใจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอเพียง โดยมีอัตราส่วนผู้ที่อยู่ในระดับไม่พอเพียง และมีปัญหา เท่ากับร้อยละ 24.20
- 3) ด้านการนำไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีปัญหา โดยมีอัตราส่วนผู้ที่อยู่ในระดับไม่พอเพียง และมีปัญหา เท่ากับร้อยละ 30.93
- 4) ด้านการตัดสินใจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีปัญหา โดยมีอัตราส่วนผู้ที่อยู่ในระดับไม่พอเพียง และมีปัญหา เท่ากับร้อยละ 33.41
- 5) ด้านการไต่ถาม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีปัญหา โดยมีอัตราส่วนผู้ที่อยู่ในระดับไม่พอเพียง และมีปัญหา เท่ากับร้อยละ 36.56

### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ไคแอสควร์แสดงผลการวิจัยที่สำคัญ ดังนี้

- 1) เพศชายและหญิงมีส่วนร่วมความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละระดับไปไม่แตกต่างกัน

2) กลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ

3) ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ

4) พื้นที่ที่แตกต่างกันมีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มภาคเหนือมีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียงมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

5) ระดับการติดต่อกับผู้ให้บริการแตกต่างกันมีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ติดต่อกับผู้ให้บริการร้อยละ 51 – 100 มีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียงมากกว่ากลุ่มอื่น

6) อายุงานแตกต่างกันมีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุงานน้อยกว่า 5 ปี มีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียงมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่กลุ่มอายุงานระหว่าง 11-20 ปี มีส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแสดงให้เห็นว่า กลุ่มอ่อนไหวที่มีแนวโน้มจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ได้แก่

- 1) เพศหญิง
- 2) อายุมาก
- 3) ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี
- 4) ระดับการติดต่อกับผู้ให้บริการน้อยกว่าร้อยละ 50
- 5) มีระดับคะแนนการรับรู้บรรยากาศองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย

### ข้อเสนอแนะ

- ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าในภาพรวมของประเทศกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมีปัญหา โดยเฉพาะทักษะการไต่ถาม การตัดสินใจและการนำไปใช้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดความสามารถในขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ ซึ่ง เป็นความสามารถในระดับทักษะ ดังนั้นผู้วางนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการออกแบบหลักสูตรพัฒนาบุคลากรที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ มีการฝึกฝน เลือกใช้ข้อมูล และปรับปรุงข้อมูลให้เข้ากับชีวิตประจำวัน มากกว่าหลักสูตรที่ให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

- ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการรับรู้บรรยากาศองค์การด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นผู้บริหารควรสนับสนุนให้หน่วยงานของตนให้ความสำคัญกับการเป็นองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization) โดยการสนับสนุนดังกล่าวควรทำจนถึงระดับวัฒนธรรมองค์การ โดยการเน้นความสำคัญ และมีการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับการทำงานประจำ และออกแบบตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าลักษณะของบุคคลที่แตกต่างกับมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของพนักงาน ดังนั้นผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีลักษณะอ่อนไหว เช่น ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี กลุ่มพนักงานที่มีอายุมาก โดยมุ่งให้ความสำคัญการพัฒนาทักษะในกลุ่มดังกล่าวก่อนที่จะวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

- ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วางนโยบายด้านสาธารณสุข ผู้บริหารและหัวหน้างาน ควรวางนโยบายและออกแบบรูปแบบการทำงานที่สนับสนุนให้บุคลากรกลุ่มดังกล่าวได้ฝึกฝนและพัฒนาทักษะการไต่ถาม การวิเคราะห์หัตถ์ตัดสินใจและการนำไปใช้ จะเกิดเป็นความสามารถในระดับทักษะ

- ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขบางส่วนยังขาดทักษะในเรื่องการไต่ถาม การตัดสินใจและการนำไปใช้ ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนา ดังนั้นผู้บริหารควรออกแบบการสื่อสารความเสี่ยง และแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของบุคคล เพื่อให้บุคลากรกลุ่มที่ยังขาดทักษะดังกล่าว มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการตัดสินใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของตัวเอง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

- การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งทำการศึกษาในภาพรวมระดับประเทศ และระดับภาคทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะภาพรวม การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการสำรวจในระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัดเพื่อให้ได้รายละเอียดและแนวทางพัฒนา ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

- การศึกษาครั้งต่อไปอาจจะให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพที่หลายหลายมากยิ่งขึ้น เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรม เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร ซึ่งความรู้ดังกล่าวจะนำไปสู่การวางนโยบายทางด้านสาธารณสุขที่ตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

- ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความรู้ด้านสุขภาพได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

- ควรนำผลการศึกษานี้ไปต่อยอดโดยการทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่มีความอ่อนไหวเพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไก และรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลให้สามารถยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มอ่อนไหวดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าใจ เข้าถึง และการนำไปใช้**. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์ บุ๊ค เซ็นเตอร์
- \_\_\_\_\_. (2562). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ**. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์ บุ๊ค เซ็นเตอร์
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และจำเนียร โลหะคุณโสภาค. (2564). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข. **วารสารร่มพญักษ์ มหาวิทยาลัยเกริก** 32(2) : 1-15
- ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561-2580) (2561). **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก. หน้า 1-74.
- วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. (2551). **การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษา อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ**. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิมล โรมา และคณะ. (2563). **รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562**. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟันนี้ พบลิขิง จำกัด
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาสน.
- ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจและคณะ. (2563). **การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2563**. กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541**. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/925>
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). **การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย**. กรุงเทพมหานคร : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- 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, 259-267. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008) The evolving concept of health literacy. **Social Science and Medicine**, 67, 2072-2078. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- HLS-EU CONSORTIUM (2012): **Comparative report of health literacy in eight EU member states**. The European health literacy survey HLS-EU, Online publication, <http://www.health-literacy.eu>
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)**. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

World Health Organization. (1998). **The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all** / **The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all**. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pah-25006>

---