

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล

ยศกร ละมัยสะอาด*

กฤษณะ สุวรรณภูมิ†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ยศกร ละมัยสะอาด

บทคัดย่อ

การศึกษากาหนดวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนในจังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่าง 1,928 คน อายุ 15 ปีขึ้นไป เก็บข้อมูลผ่านแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (general health literacy scale for Thais) Cronbach's alpha 0.968 โดยการสำรวจออนไลน์ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน (independent t-test, one-way ANOVA, chi-square test) ผลการศึกษาพบว่าประชาชนในจังหวัดสตูลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.0) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 177.45 (SD = 32.24) จากคะแนนเต็ม คะแนนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ภูมิภาค, พื้นที่อยู่อาศัย (ใน/นอกเขตเทศบาล), เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ความเพียงพอทางเศรษฐกิจ และความรู้สึกลดต่อสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ปัจจัยด้านสถานภาพ และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และกลุ่มผู้อยากนอกเขตเทศบาล มีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเหลื่อมล้ำนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายและมาตรการเชิงรุก เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยที่สัมพันธ์, ประชาชน, จังหวัดสตูล

* โรงพยาบาลทุ่งหว้า จ.สตูล

† คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา

Received 16 July 2025; Revised 3 September 2025; Accepted 27 October 2025

Suggested citation: Lamaisaart Y, Suvarnabhum K. Health literacy and factors associated to health literacy of people in Satun province. Journal of Health Systems Research 2025;19(4):378-91.

ยศกร ละมัยสะอาด, กฤษณะ สุวรรณภูมิ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(4):378-91.

Health Literacy and Factors Associated to Health Literacy of People in Satun Province

Yodsakorn Lamaisaart*, Krishna Suvarnabhumi†

* Thungwa Hospital, Satun Province

† Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla Province

Corresponding author: Yodsakorn Lamaisaart, yohsakorn@gmail.com

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the health literacy levels and associated factors among the people of Satun. The sample comprised 1,928 individuals aged 15 years and older. Data were collected online from June to September 2024 using the general health literacy scale for Thais (Cronbach's alpha 0.968). Descriptive and inferential statistics, including independent t-tests, one-way ANOVA, and chi-square tests, were used for data analysis. The findings revealed that the majority of Satun residents (49.0%) exhibited a fair level of health literacy, with a mean score of 177.45 (SD = 32.24) out of 235 full score. Personal factors that were significantly associated with health literacy ($p < 0.05$) were: place of residence (district), residential area (municipal/non-municipal), gender, age, education level, occupation, economic adequacy, and health perceptions. In contrast, marital status and the presence of chronic diseases were not found to be statistically significant factors. The findings indicated that older adults, individuals with low socioeconomic status, those with a low level of education, and residents living in non-municipal areas have a tendency to possess lower health literacy compared to other groups ($p < 0.05$). This disparity highlights the urgent need to establish proactive policies and measures to empower lower health literate populations to effectively access, understand, and utilize health information for self-care.

Keywords: health literacy, factors, population, Satun province

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัจจุบัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชาชน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สลับซับซ้อน ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ แต่ยังครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่นในชีวิตประจำวัน⁽¹⁾ แนวคิดนี้สอดคล้องกับร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ของประเทศไทย ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แก่ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ แม้ระบบบริการสาธารณสุขของไทยในอดีตจะเน้นการให้ความรู้แก่ประชาชน แต่ก็พบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน⁽²⁾ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขไทย ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบข้อซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้ โดยมี 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้

ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ⁽³⁾ จากความสำคัญดังกล่าว จึงมีผู้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้กันมากมาย และมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงลบ เช่น การดูแลตนเองอย่างไม่สม่ำเสมอ การเกิดผลข้างเคียงจากยา อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตลดลง⁽⁴⁻⁹⁾ ในขณะที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสถานะทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น⁽⁸⁾ จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เช่น อายุ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคเรื้อรัง สถานะสุขภาพ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 3-5 ของรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละประเทศ⁽¹¹⁾ ด้วยเหตุนี้ การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในจังหวัดสตูลที่มีได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจระดับประเทศ⁽¹⁰⁾ และยังไม่เคยมีการสำรวจในระดับนี้มาก่อน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสตูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 399 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานศึกษานี้เลือกใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) ซึ่งเป็นการคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกที่สุด และเพื่อรองรับอัตราการไม่ตอบแบบสำรวจที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเก็บข้อมูลผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย เช่น LINE และ Facebook ทีมวิจัยจึงตัดสินใจเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นเป็นสองเท่าของที่คำนวณได้ นั่นคือ 798 คน เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีจำนวนตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ตามที่ต้องการ โดยแบบสอบถามจะถูกกระจายผ่านเครือข่ายของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในจังหวัดสตูล เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนตามที่กำหนด

เครื่องมือในการศึกษา

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (general health literacy scale for Thais)⁽¹²⁾ ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมีความน่าเชื่อถือสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.968 แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ จำแนกได้ 5 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (8 ข้อ) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการปฏิบัติ (5 ข้อ) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (6 ข้อ) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (17 ข้อ) การจัดการสุขภาพตนเอง (11 ข้อ) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ของแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ 0.81, 0.85, 0.85, 0.94, 0.90 ตามลำดับ การแปลผลระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (จากองค์ประกอบที่ 1-5) กำหนดเกณฑ์

คือ ไม่ดีพอ-น้อยกว่า 141 คะแนน, พอใช้ได้ 141–187.99
คะแนน, ดีมาก 188-235 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ Google Forms เพื่อสร้างแบบสอบถาม โดยในส่วนแรกสุดของแบบสอบถามจะมีคำถามคัดกรอง เพื่อยืนยันตัวตนผู้ตอบว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และอาศัยอยู่ในจังหวัดสตูลจริง โดยการถามอายุและที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน และตั้งคำถามให้บังคับตอบ จากนั้นกระจายลิงก์แบบสอบถามผ่าน LINE และ Facebook ของเครือข่ายโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกจังหวัดสตูล ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยที่คำนึงถึงความถูกต้องและความร่วมมือในพื้นที่ โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ร่วมเก็บข้อมูลวิจัยอย่างเป็นทางการ ไปยังโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในจังหวัดสตูล ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่าได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามจำนวนที่คำนวณไว้และมีการกระจายตัวครอบคลุมทุกพื้นที่ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วน และตรวจสอบความถูกต้องสมเหตุสมผลของข้อมูลด้วยสายตาพร้อมกับทำความสะอาดข้อมูล หากพบข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือมีการตอบที่ไม่สมเหตุสมผลอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจะกำจัดข้อมูลเหล่านั้นออกจากการวิเคราะห์ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่นำมาใช้มีคุณภาพและน่าเชื่อถือที่สุด โดยดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงกันยายน 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย และต้องคลิกยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ก่อนที่จะเข้าทำแบบประเมิน การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดสตูล เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2567 โดยมีหมายเลขใบรับรองคือ ET-ST 04/2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการผ่านการใช้โปรแกรม R โดยมีการเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมตามลักษณะของข้อมูลโดยใช้ independent *t*-test และ one-way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากผลการวิเคราะห์ one-way ANOVA พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ก็จะดำเนินการวิเคราะห์ post-hoc analysis เพิ่มเติมเพื่อระบุว่าความแตกต่างนั้นเกิดขึ้นในกลุ่มใดบ้างอย่างเจาะจง นอกจากนี้ ยังมีการใช้ chi-square test เพื่อหาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามจากประชาชนจังหวัดสตูลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 1,984 ชุด พบว่ามีแบบสอบถามที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 1,928 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.2 ของแบบสอบถามทั้งหมด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,928 คน สรุปได้คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 1,543 คน (ร้อยละ 80.0) ในขณะที่เป็นเพศชาย จำนวน 385 คน (ร้อยละ 19.9) อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-59 ปี จำนวน 1,392 คน (ร้อยละ 72.9) รองลงมาคือช่วงอายุ 60-75 ปี จำนวน 382 คน (ร้อยละ 19.8) และน้อยที่สุดคือช่วงอายุ 15-24 ปี จำนวน 154 คน (ร้อยละ 8.0) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.5) ในด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนา (อำเภอที่อาศัยอยู่) อยู่ในอำเภอเมืองสตูลมากที่สุด จำนวน 469 คน (ร้อยละ 24.3) และน้อยที่สุดคืออำเภอควนโดน 111 คน (ร้อยละ 5.8) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 82.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.1)

กลุ่มตัวอย่างมีการประกอบอาชีพใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 57.1) ส่วนใหญ่มีทรัพย์สินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 48.1)

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดสตูลเท่ากับ 177.45 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 32.24) ซึ่งจัดอยู่ใน ระดับพอใช้ได้ เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ จำนวน 944 คน (ร้อยละ

49.0) รองลงมาคือระดับดีมาก จำนวน 772 คน (ร้อยละ 40.1) และมีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ดีพอ จำนวน 212 คน (ร้อยละ 11.0) เมื่อแยกเป็นรายองค์ประกอบ พบว่าทุกองค์ประกอบมีลักษณะเช่นเดียวกัน คือ ผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ และน้อยที่สุดมีคะแนนอยู่ในระดับไม่ดีพอ สำหรับผลการพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ สรุปได้ดัง Table 1

Table 1 Overall and domain-specific health literacy levels

Domain-specific health literacy	Mean (SD)	Health literacy levels (%)		
		Low	Moderate	High
1. Access to health information and services	29.98 (5.87)	312 (16.2)	724 (37.5)	892 (46.3)
2. Understanding health information and services sufficient for action	19.05 (3.89)	331 (17.2)	522 (27.1)	1075 (55.8)
3. Appraising health information and services	22.92 (4.52)	311 (16.1)	568 (29.5)	1049 (54.4)
4. Communication and social support	64.38 (12.52)	274 (14.2)	753 (39.1)	901 (46.7)
5. Self-management of health	41.13 (8.02)	323 (16.8)	737 (38.2)	868 (45.0)
Overall health literacy	177.45 (32.24)	212 (11.0)	944 (49.0)	772 (40.1)

การเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใน Table 2
ของกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลแสดง

Table 2 Health literacy scores and levels by personal characteristics

Personal characteristics	N (%)	Mean (SD)	p-value	Health Literacy Levels (%)			p-value*
				Low	Fair	High	
District of residence			<0.001 ^a				<0.001
Mueang Satun	469 (24.3)	181.64 (30.27)		37 (7.9)	225 (48.0)	207 (44.1)	
La-ngu	219 (11.4)	170.94 (28.51)		33 (15.1)	116 (53.0)	70 (32.0)	
Khuan Don	111 (5.8)	180.4 (23.78)		9 (8.1)	56 (50.5)	46 (41.4)	
Tha Phae	136 (7.1)	170.93 (28.68)		16 (11.7)	71 (52.2)	49 (36.0)	
Khuan Kalong	443 (23.0)	172.84 (28.04)		66 (14.9)	218 (49.2)	159 (35.9)	
Thung Wa	289 (15.0)	183.34 (27.99)		24 (8.3)	123 (42.6)	142 (49.1)	
Manang	261 (13.5)	179.38 (29.06)		27 (10.3)	135 (51.7)	99 (37.9)	
Residential area			<0.001 ^t				0.003
Municipal	342 (17.7)	184.15 (28.70)		27 (7.9)	152 (44.4)	163 (47.7)	
Non-municipal	1586 (82.3)	176.03 (28.67)		185 (11.7)	792 (49.9)	609 (38.4)	
Gender			0.01 ^t				0.09
Male	385 (19.9)	173.62 (29.56)		53 (13.8)	191 (49.6)	141 (36.6)	
Female	1543 (80.0)	178.43 (28.59)		159 (10.3)	753 (48.8)	631 (40.9)	
Age			<0.001 ^a				<0.001
15-24 years	154 (8.0)	183.62 (28.54)		13 (8.4)	63 (40.9)	78 (50.7)	
25-59 years	1392 (72.2)	178.47 (28.14)		139 (10.0)	692 (49.7)	561 (40.3)	
60-75 years	382 (19.8)	171.73 (30.60)		60 (15.7)	189 (49.5)	133 (34.8)	
Education level			<0.001 ^a				<0.001
No formal education	34 (1.8)	149.51 (43.08)		13 (38.2)	13 (38.2)	8 (23.5)	
Primary education	539 (28.0)	168.46 (29.20)		92 (17.1)	295 (54.7)	152 (28.2)	
Secondary education	909 (47.1)	179.43 (27.78)		89 (9.8)	447 (49.2)	373 (41.0)	
Vocational certificate, high vocational diploma, or equivalent	194 (10.1)	183.04 (25.42)		9 (4.6)	91 (46.9)	94 (48.5)	
Bachelor's degree	233 (12.1)	190.56 (25.73)		7 (3.0)	92 (39.5)	134 (57.5)	
Master's degree or higher	19 (0.9)	184.84 (25.70)		2 (10.5)	6 (31.6)	11 (57.9)	
Marital status			0.105 ^a				0.17
Single	309 (16.0)	180.69 (27.83)		26 (8.4)	142 (46.0)	141 (45.6)	
Married	1401 (72.7)	177.07 (28.69)		158 (11.3)	698 (49.8)	545 (38.9)	

Table 2 Health literacy scores and levels by personal characteristics (cont.)

Personal characteristics	N (%)	Mean (SD)	p-value	Health Literacy Levels (%)			p-value*
				Low	Fair	High	
Widowed, divorced or separated	218 (11.3)	175.26 (30.68)		28 (12.8)	104 (47.7)	86 (39.5)	
Occupation			<0.001 ^a				<0.001
Agricultural laborer, general laborer	1100 (57.1)	173.21 (29.05)		159 (14.5)	569 (51.7)	372 (33.8)	
Self-employed, business owner	270 (14.0)	182.50 (27.17)		18 (6.7)	136 (50.4)	116 (43.0)	
Private sector employee	33 (1.7)	184.11 (20.52)		0 (0)	11 (33.3)	22 (66.7)	
Government official, public sector employee	157 (8.1)	193.07 (25.38)		8 (5.1)	54 (34.4)	95 (60.5)	
Student	96 (5.0)	188.77 (24.85)		3 (3.1)	38 (39.6)	55 (57.3)	
Unemployed, homemaker	272 (14.1)	176.82 (28.75)		24 (8.8)	136 (50.0)	112 (41.2)	
Economic adequacy			<0.001 ^a				0.018
Sufficient income with savings	427 (22.1)	182.85 (29.65)		41 (9.6)	183 (42.9)	203 (47.5)	
Sufficient income, no savings	928 (48.1)	176.74 (28.05)		97 (10.5)	473 (51.0)	358 (38.6)	
Insufficient income	199 (10.3)	171.88 (30.00)		27 (13.6)	100 (50.3)	72 (36.2)	
Insufficient income and in debt	374 (18.6)	176.15 (28.66)		47 (12.6)	188 (50.3)	139 (37.2)	
Chronic diseases, chronic conditions			0.218 ^a				0.123
None	1379 (71.5)	178.88 (28.23)		142 (10.3)	669 (48.5)	568 (41.2)	
Have noncommunicable diseases (NCDs) such as obesity, diabetes, hypertension, hyperlipidemia, heart etc.	489 (25.4)	174.08 (30.16)		61 (12.6)	251 (51.3)	177 (36.2)	
Have infectious, communicable diseases (e.g., respiratory infections, tuberculosis, chronic fever, blood disorders, etc.)	20 (1.0)	165.68 (32.70)		5 (25.0)	6 (30.0)	9 (45.0)	

Table 2 Health literacy scores and levels by personal characteristics (cont.)

Personal characteristics	N (%)	Mean (SD)	p-value	Health Literacy Levels (%)			p-value*
				Low	Fair	High	
Other	40 (2.1)	176.64 (29.06)		4 (10.0)	18 (45.0)	18 (45.0)	
Health perceptions			<0.001 ^a				<0.001
Excellent	194 (10.1)	198.84 (26.74)		4 (2.1)	55 (28.4)	135 (69.6)	
Good	894 (46.4)	178.36 (27.39)		86 (9.6)	434 (48.6)	374 (41.8)	
Quite good	477 (24.2)	173.12 (28.76)		65 (13.6)	257 (53.9)	155 (32.5)	
Quite poor	306 (15.9)	169.29 (27.35)		43 (14.1)	174 (56.9)	89 (29.1)	
Poor	46 (2.4)	170.04 (33.02)		12 (26.1)	18 (39.1)	16 (34.8)	
Very poor	11 (0.6)	178.64 (34.00)		2 (18.2)	6 (54.6)	3 (27.3)	

^a: result from one-way ANOVA, ^t: result from independent samples t-test, * result from chi-square test

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ามี 8 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจังหวัดสตูล ($p < 0.05$) ดังแสดงใน Table 2 ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ ภูมิฐานะ ($p < 0.001$), พื้นที่อยู่อาศัย (ในหรือนอกเขตเทศบาล) ($p < 0.001$), เพศ ($p = 0.01$), อายุ ($p < 0.001$), ระดับการศึกษา ($p < 0.001$), อาชีพ ($p < 0.001$), ความเพียงพอทางเศรษฐกิจ ($p < 0.001$) และความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง ($p < 0.001$) นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ไม่ดีพอ พอใช้ได้ ดีมาก) ยังพบว่ามี 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ภูมิฐานะ ($p < 0.001$), พื้นที่อยู่อาศัย (ในหรือนอกเขตเทศบาล) ($p = 0.003$), อายุ ($p < 0.001$), ระดับการศึกษา ($p < 0.001$), อาชีพ ($p < 0.001$), ความเพียงพอทางเศรษฐกิจ ($p = 0.018$) และความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง ($p < 0.001$)

พบว่า ภูมิฐานะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้าน

สุขภาพสูงที่สุด คือ 183.34 คะแนน (SD = 27.99) รองลงมาคือผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองสตูล มีคะแนนเฉลี่ย 181.64 คะแนน (SD = 30.27) ในขณะที่ผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าแพมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 170.93 คะแนน (SD = 28.68) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองสตูลมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอควนกาหลง ($p < 0.001$) และอำเภอละงู ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้ามีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในอำเภอควนกาหลง ($p = 0.005$) และอำเภอละงู ($p = 0.002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าภูมิฐานะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ ($p < 0.001$) โดยอำเภอทุ่งหว้าเป็นอำเภอที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 49.1 และในขณะที่อำเภอละงูมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอสูงที่สุด ร้อยละ 15.1

พบว่า พื้นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 184.15 คะแนน ($SD = 28.70$) ซึ่งสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ที่มีคะแนนเฉลี่ย 176.03 คะแนน ($SD = 28.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพื้นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p = 0.003$) โดยมีการกระจายของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยสัดส่วนผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมากในเขตเทศบาลมีค่าเท่ากับร้อยละ 47.7 แต่่นอกเขตเทศบาลมีค่าเท่ากับร้อยละ 38.4

พบว่า เพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p = 0.01$) โดยเพศหญิงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 178.43 คะแนน ($SD = 28.59$) ซึ่งสูงกว่าเพศชายที่มีคะแนนเฉลี่ย 173.62 คะแนน ($SD = 29.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) ผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด คือ 183.62 คะแนน ($SD = 28.54$) ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 171.73 คะแนน ($SD = 30.60$) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี ($p < 0.001$) และผู้ที่มีอายุ 25-59 ปี ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยมีการกระจายของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 50.7 แต่กลุ่มอายุ 60-75 ปี มีสัดส่วนผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับไม่ดีพอ มากที่สุด

พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด คือ 190.56 คะแนน ($SD = 25.73$) และผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 149.51 คะแนน ($SD = 43.08$) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ($p < 0.001$), ผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ($p < 0.001$), และผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ($p = 0.004$), ผู้ที่มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ($p < 0.001$), และผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) คือมีการกระจายของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันตามระดับการศึกษา โดยผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมากมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า

พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด ด้วยคะแนนเฉลี่ย 193.07 คะแนน ($SD = 25.38$) ในขณะที่ผู้ที่ใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด ด้วยคะแนนเฉลี่ย 173.21 คะแนน ($SD = 29.05$) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่าผู้ที่รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ มีระดับความรอบรู้

ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มิอาชีพใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป ($p < 0.001$), ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน ($p < 0.001$), และผู้ที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ($p = 0.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีการกระจายของระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอาชีพ โดยอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชนมีสัดส่วนผู้มีความรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 66.7 และอาชีพใช้แรงงาน/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป มีสัดส่วนผู้มีความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอ มากที่สุด ร้อยละ 14.5

พบว่า ความเพียงพอทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่มีทรัพย์สินพอใช้และมีเหลือเก็บมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด ด้วยคะแนนเฉลี่ย 182.85 คะแนน (SD = 29.65) ในขณะที่ผู้ที่มีทรัพย์สินไม่พอใช้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 171.88 คะแนน (SD = 30.00) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่มีทรัพย์สินพอใช้และมีเหลือเก็บ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีทรัพย์สินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ($p < 0.001$), ผู้ที่มีทรัพย์สินไม่พอใช้ ($p < 0.001$), และผู้ที่มีทรัพย์สินไม่พอใช้และมีหนี้สิน ($p = 0.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความเพียงพอทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.018$) โดยมีการกระจายของระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันตามสถานะความเพียงพอทางเศรษฐกิจ โดยผู้ที่มีความเพียงพอทางเศรษฐกิจพอใช้มีเหลือเก็บมีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 47.5 และผู้ที่มีความเพียงพอทางเศรษฐกิจไม่พอใช้มีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ มากที่สุด ร้อยละ 13.6

พบว่า ความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด คือ 198.84 คะแนน (SD = 26.74) ในขณะที่ผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองค่อนข้างแย่ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ 169.29 คะแนน (SD = 27.35) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (post-hoc analysis) พบว่า ผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองดี ($p < 0.001$), ผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองไม่ดี ($p < 0.001$), ผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองค่อนข้างดี ($p < 0.001$), และผู้ที่รู้สึกสุขภาพของตนเองค่อนข้างไม่ดี ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) คือมีการกระจายของระดับความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันตามความรู้สึกต่อสุขภาพของตนเอง โดยผู้ที่รู้สึกสุขภาพดีมากมีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 69.6 ในขณะที่ผู้ที่รู้สึกสุขภาพไม่ดีมีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอ มากที่สุด ร้อยละ 26.1

วิจารณ์และข้อยุติ

ความรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะที่สลับซับซ้อนและแวดล้อมด้วยปัจจัยนานัปการ ดังนั้น การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในประชากรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาและทำความเข้าใจบริบททางสังคมอย่างครอบคลุมและถ่องแท้ จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ที่ 177.45 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับพอใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Intarakamhang U⁽¹³⁾ ที่เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประเมินเดียวกันกับงานศึกษานี้ ในกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย 4,000 คน พบว่ามีระดับความรู้ด้านสุขภาพใน

ระดับพอใช้ได้ นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) ซึ่งพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ⁽¹⁰⁾ แม้ว่าการเปรียบเทียบโดยตรงอาจทำได้ยากเนื่องจากมีความแตกต่างด้านเครื่องมือวัดและเกณฑ์การประเมิน แต่ผลลัพธ์ที่ได้จากจังหวัดสตูลนี้ก็ชี้ให้เห็นถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับค่าเฉลี่ยของประเทศ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้กลับไม่สอดคล้องกับการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 4 ของ Boonkhayai S⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากบริบททางสังคม ประชากรศาสตร์ และความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ประเมิน

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลหลายประการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูล โดยผลลัพธ์ที่ได้นั้นสอดคล้องกับแนวโน้มที่พบในการศึกษาวิจัยล่าสุดทั้งในและต่างประเทศ

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า พื้นที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Aljassim และ Ostini⁽¹⁵⁾ ที่สรุปว่า การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่มากกว่าในเขตเมืองมักส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) Suerungruang⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่ากลุ่มคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมนีของ Haeger⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในพื้นที่ชนบทสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากปัจจัยหลายประการ เช่น ความแตกต่างของบริบททางสังคมและระบบสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ รวมถึงความแตกต่างของประชากรกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่ได้

อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด รวมถึงมีสัดส่วนผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 50.7 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดและจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ พบว่าผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี และผู้ที่มีอายุ 25-59 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) Suerungruang⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า กลุ่มคนที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มคนที่มีอายุมาก และการศึกษาของ Intarakamhang⁽¹³⁾ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด เป็นไปในทิศทางเดียวกับรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2566 (ครั้งที่ 2) Suerungruang⁽¹⁰⁾ ที่ระบุว่า กลุ่มคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมักมีการศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ มี

ค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นและผู้ที่ไม่มียาชีพ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาในประเทศตุรกี และประเทศจีน ของ Bodur⁽¹⁷⁾ และ Xie⁽¹⁸⁾ ตามลำดับ ที่พบว่าพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงสุดของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ข้อสังเกตนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ และพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน โดยทั่วไปมักจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีทักษะและช่องทางในการสื่อสารกับบุคคลและเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านนโยบายสาธารณสุขได้มากกว่าอาชีพอื่นๆ ซึ่งข้อค้นพบนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับผลการศึกษามากฉบับ^{(16),(17),(18)}

ความเพียงพอทางเศรษฐกิจเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่าผู้ที่มีทรัพย์สินไม่พอใช้ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด สอดคล้องกับหลายงานการศึกษาในอดีต^{(7),(16),(17)} โดยทั่วไปแล้ว บุคคลที่มีทรัพย์สินมักมีความสามารถในการพัฒนาตนเองได้สูง รวมถึงมีศักยภาพในการสร้างทรัพย์สินได้สูงเช่นกัน อีกทั้งผู้มีรายได้น้อยอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรและการศึกษา ข้อค้นพบนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยของ Nilnate⁽¹⁹⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสองปัจจัยดังกล่าว ซึ่งสันนิษฐานได้ว่าเกิดจากความคล้ายคลึงกันของสถานะทางเศรษฐกิจของผู้เข้าร่วมการศึกษาในงานวิจัยนั้น

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าประชาชนชนดูลในภาพรวมมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่พอใช้ได้และประชาชนบางกลุ่มจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุ, ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล, ผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ และผู้มีการศึกษาน้อย ซึ่งการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเร่งด่วนในกลุ่มประชากรเหล่านี้ การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในระดับชาติและสากลที่ชี้ชัดว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจ

สังคม เช่น อายุ การศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจ ล้วนเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประชากรกลุ่มเหล่านี้มักเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ขาดโอกาสในการเรียนรู้ และมีทักษะในการประเมินข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวันที่ดีกว่า การระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการออกแบบและดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดสตูลในอนาคต โดยควรมีการปรับกลยุทธ์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่ม เช่น การใช้ช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายสำหรับผู้สูงอายุ การพัฒนาเนื้อหาที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้มีการศึกษาน้อย หรือการสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชนชนบท เพื่อให้มั่นใจว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์จะเกิดขึ้นอย่างทั่วถึงในทุกกลุ่มประชากร

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัดสตูลยังคงอยู่ในระดับพอใช้ได้ และมีความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ข้อมูลข่าวสาร แต่ต้องมุ่งเน้นที่การเพิ่มศักยภาพและทักษะของแต่ละกลุ่มบุคคล เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการตัดสินใจและปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพได้โดยหน่วยงานหลักที่ควรมีบทบาทคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้ฝึกฝนทักษะ เช่น การตั้งคำถาม การประเมินข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่แค่การรับรู้ข้อมูล แต่คือความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ได้จริง โดยการออกแบบที่จำเพาะต่อกลุ่มเป้าหมาย จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีคะแนนความรอบรู้ด้าน

สุขภาพน้อย ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ปรับให้เข้ากับบริบทของกลุ่มเหล่านี้ เช่น การใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เน้นการสาธิตเชิงปฏิบัติ และการจัดการประชุมกลุ่มย่อยในชุมชนเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน สำหรับกลุ่มผู้อาศัยนอกเขตเทศบาล ควรมีการสร้างเครือข่ายการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายในชุมชน เช่น อสม. ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้สื่อสารสุขภาพที่เข้าใจบริบทท้องถิ่นและเข้าถึงประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะในอำเภอที่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าอำเภออื่นๆ เช่น อำเภอท่าแพและอำเภอละงู เพื่อช่วยให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณา ประการแรก เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลลัพธ์ได้ ประการที่สอง การเก็บข้อมูลออนไลน์อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรจังหวัดสตูลทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดหรือผู้ที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีดิจิทัล และประการสุดท้าย สัดส่วนเพศหญิงที่สูงถึงร้อยละ 80.0 ในกลุ่มตัวอย่าง อาจทำให้ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับเพศไม่สามารถสะท้อนความเป็นจริงของประชากรชายหญิงในจังหวัดสตูลได้ทั้งหมด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนจังหวัดสตูล” ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์และความช่วยเหลือจากบุคคลและหน่วยงานหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณฐิตาภรณ์ เต่งหลี เครือข่ายโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสตูล ที่ได้อนุเคราะห์ข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณครอบครัวที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจอันอบอุ่นมา

โดยตลอด หากมีข้อผิดพลาดประการใดในการศึกษานี้ ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและวงการวิชาการต่อไป

References

1. World Health Organization. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
2. National Economic and Social Development Council. The twelfth national economic and social development plan (B.E. 2560 - 2564). Bangkok: NESDC; 2017. (in Thai)
3. Tanasugarn C. Health literacy: lessons learned from international experience to the Thailand context. *Journal of Public Health*. 2018;48(1):1-4.
4. Zheng M, Jin H, Shi N, Duan Ch, Wang D, Yu X, et al. The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):1-10.
5. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults. *Gerontol Geriatr Med*. 2016;2:1-13.
6. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ*. 2018;8(2):1-9.
7. Tiparat W, Suwanwela S, Wauters Y. Factors predicting health literacy of older people with hypertension and co-morbidity in Trang Province. *SCNJ*. 2020;7(August):26-38. (in Thai)
8. Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, Tanasugarn C. Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2016;47(1):109-20. (in Thai)
9. Ingram RR, Ivanov LL. Examining the association of health literacy and health behaviors in African American older adults: does health literacy affect adherence to antihypertensive regimens. *J Gerontol Nurs*. 2013;39(3):22-32.
10. Suerungruang S, Chamnankong K, Wanwaja M, Kloyiam S. The 2nd national health literacy survey of Thai population aged 15 years and above, 2023. *HSRI*. 2024 Nov [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6197?show=full>.
11. World Health Organization. Health literacy and health promotion. The 7th Global Conference on Health Promotion,

- promoting health and development: closing the implementation gap; 2009 Oct 26-30; Nairobi.
12. Intarakamhang U. Creating and developing of general health literacy scales for Thais. Bangkok, Thailand: MOPH; 2017. (in Thai)
 13. Intarakamhang U, Khammungskul J, Boocha P. General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. *Heliyon*. 2022;8(5):e09462.
 14. Boonkhayai S. The study of factors that correlate with health literacy of Thai age 15 years old and above case study in Health Area 4. 2019 [cited 2024 Jul 11]. Available from: <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download/?-did=207593&id=80115&reload>. (in Thai)
 15. Aljassim N, Ostini R. Health literacy in rural and urban populations: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2020;103(10):2142–54.
 16. 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(4):561–7.
 17. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Factors affecting health literacy in adults: a community based study in Konya, Turkey. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1):100–9.
 18. Xie Y, Ma M, Zhang Y, Tan X. Factors associated with health literacy in rural areas of central China: structural equation model. *BMC Health Serv Res*. 2019 May 10;19(1):300.
 19. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res*. 2016;30(5):315–21.