

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

Study of Health Literacy of Older Person, Bangkok Metropolis

นพวรรณ แกมคำ * จิราพร เกศพิชญวัฒนา

Noppawan Kamkum * Jiraporn Kespichayawattana

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบการสุ่มอย่างง่ายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิงอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ที่อาศัยอยู่ในเขตราชเทวี เขตบางพลัด และเขตตลิ่งชัน จำนวน 420 คน โดยซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และหาความ หาค่าความ เทียบจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความ เทียบเท่ากับ .874, .870 และ .894 ตามลำดับ (แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติไค์นัสคราวน์นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน เพศ อายุ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่า $r = .004, -.223, .215, .480, .432$ ตามลำดับและระดับการศึกษา ไม่มี ความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ , ผู้สูงอายุ, การสนับสนุนทางสังคม,การมีส่วนร่วมทางสังคม

The instruments of this research were composed of Demographic information, Health literacy questionnaire, Modified Social Participation Questionnaire and social support questionnaire.

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Corresponding Author : *E-mail: noppawan.fa@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 ธ.ค. 2562 วันที่แก้ไขเสร็จ(revised) 1 ก.พ. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ก.พ. 2563

Abstract

The purpose of this descriptive exploratory research were to study a level of health literacy in older person in Bangkok metropolis and to study the relationships between health literacy and gender, age, income, education level, social participation and social support of older persons in Bangkok Metropolis.

Four hundred and twenty older persons of Ratchathewi, Bang Phlat and Taling Chan District of Bangkok with 60 years old and above. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. The reliabilities of these questionnaires were .870 (Health literacy questionnaire), .874 (Modified Social Participation Questionnaire) and .894 (social support questionnaire). Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation, and Chi-square test

The result revealed The health literacy of older persons in Bangkok Metropolis was in basic functional level. Gender, age, income, social participation and social support were found to be correlated with health literacy with statistical significance at .05. ($r = .004, -.223, .215, .480, .432$ respectively). Older persons with difference education levels had no differences in terms of health literacy with statistical significance at .05.

Keywords: Health literacy/ Social participation /social support

บทนำ

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ได้การดำเนินการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยโดยการดำเนินงานตามนโยบายในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นผู้ที่มีศักยภาพ หรือเป็นผู้ที่มีชีวิตยืนยาว มีสุขภาพทางกายและจิตใจตลอดจนมีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ และยังมียุทธศาสตร์ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้มีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมหลายหน่วยงานได้ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล เน้นการดำเนินงานต่างๆ ในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองได้ จึงสมควรเน้นการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนทุกวัยในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง¹

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) คือทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถที่จะเข้าใจ และสามารถใช้อินพุตที่ได้รับมา ของบุคคลในการใช้อินพุตเพื่อส่งเสริมและรักษาการมีสุขภาพที่ดีเอาไว้² ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงมีการรณรงค์ให้ประชาชนทั่วโลกได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ³ โดยสิ่งสำคัญในการช่วยเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนนั้น สามารถเริ่มทำได้

โดยการดูแลสุขภาพที่ดี ผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการมีความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสม ตามแนวคิดของ Nutbeam⁴ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ การพัฒนาความรู้ รวมถึงการป้องกันความเสี่ยง การมีมาตรฐานในการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปสู่การเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการปฏิบัติตนสร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจ และเพื่อเพิ่มความทนทานต่อการแก้ปัญหา

จากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ระดับความฉลาดทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โดยส่วนใหญ่ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพื้นฐานเท่านั้น ทั้งนี้การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเขตต่างจังหวัด หรือชนบทซึ่งจะมีลักษณะประชากรที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นสังคมเมืองที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 936,865 คน ซึ่งถือว่าเป็นเมืองที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย โดยลักษณะของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะมีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากมาจากลักษณะทางสังคมที่เป็นสังคมเมือง สภาวะความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความพิเศษกว่าพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ⁵

ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ

ในชนบทและกรุงเทพมหานคร แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่กรุงเทพมหานครเพียงการศึกษาเดียว คือการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 440 คน ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในขั้นพื้นฐานเช่นเดียวกัน⁶ การศึกษานี้เป็นการนำเสนอถึงความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งทำให้เห็นภาพเพียงส่วนหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ความสามารถในการมีความฉลาดทางสุขภาพนั้นจะแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านการสื่อสาร ปัจจัยด้านความรู้ทางด้านสุขภาพและลักษณะเฉพาะของระบบสาธารณสุขและระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง¹¹ หรือการได้รับการเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ⁷ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษา⁸ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ และยังพบว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ การได้รับการส่งเสริมจากสังคม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวหรือชุมชน จะมีผลทำให้เพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ⁹ รวมถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ ดังนั้นจึงได้คัดเลือกปัจจัยเหล่านี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาประกอบในการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพ เพื่อให้เห็นถึงระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ รวมถึงศึกษาฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จะทำให้ได้รูปแบบแนวคิดและได้มาซึ่งข้อมูล เพื่อเป็นต้นแบบในการศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองและนำสู่การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีบริบททางสังคมแตกต่างกันออกไป และเพื่อรองรับการขยายตัวของสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยสืบต่อไป

วัตถุประสงค์:

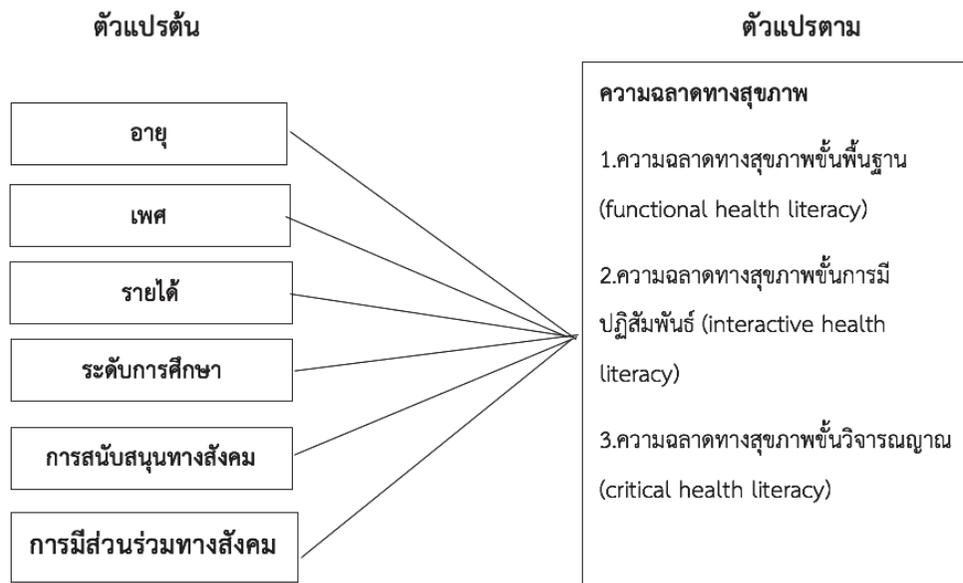
- 1) เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานงานวิจัย : เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับการมีความฉลาดทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และ การใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและอ้างไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy)
- 2) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)
- 3) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ทั้งนี้กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ ได้มีการเพิ่มองค์ประกอบคุณลักษณะขั้นพื้นฐานของความฉลาดทางสุขภาพ ตามแนวความคิดของ Nutbeamซึ่งจะประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้
 - 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access)
 - 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)
 - 3) ทักษะการสื่อสาร (communicative skill)
 - 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)
 - 5) การจัดการตนเอง (self-management)
 - 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย :

- 1) ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
- 2) เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครหรือไม่ อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Descriptive exploratory research) เพื่อการศึกษา ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครโดยทำการเก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุ จำนวน 420 คน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที

ประชากร: ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิงอาศัยในเขตตลิ่งชัน เขตบางพลัด และเขตราชเทวีโดยมีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) คือในเขตกรุงเทพมหานครมีทั้งสิ้น 50 เขต แบ่งกลุ่มตามพื้นที่ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กรุงเทพมหานครเขตชั้นใน ชั้นกลาง ชั้นนอก

2) ชั้นที่ 2 การสุ่มเขตโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เขตราชเทวี เขตบางพลัด เขตตลิ่งชัน โดยระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างเขตละ 140 คน โดยคัดเลือกตัวแทนชุมชนโดยการสุ่มอย่างง่ายได้ดังนี้ เขตราชเทวี ได้ชุมชนวัดอภัยทายารามและชุมชนประตุน้ำ เขตบางพลัด ได้ชุมชนวัดทอง ชุมชนวัดอาวุธ เขตตลิ่งชัน ได้ชุมชนสวนผักกับชุมชนซึกพระ

3) สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการขอรายชื่อผู้สูงอายุในชุมชนที่สะดวกในการเข้าเก็บ ได้แก่ชุมชนที่มีเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุข และสะดวกในการเข้าเก็บข้อมูล โดยสอบถามจากสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ถึงสูงอายุที่พร้อมในการเข้าเก็บข้อมูลและสอบถามจากผู้สูงอายุ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง: กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 420 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 2) สามารถฟัง พูด และติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ปกติ
- 3) มีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง เป็นคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้และระดับการศึกษา มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยพัฒนาและแปลมาจากเครื่องมือ Modified Social Participation Questionnaire¹³ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับมีวิจารณญาณ โดยพัฒนาจากเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพผู้สูงอายุ ของ วรณศิริ นิลเนตร ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวนรวมทั้งหมด 42 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 73 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม¹² โดยใช้แนวคิดของ เฮาส์ซึ่งแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) 2) การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support) 3) การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) 4) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นแบบสอบถามที่วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งหมด 20 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และจากนั้นตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง

โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยจำนวน 30 คน และคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม เท่ากับ 0.874 แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.870 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.894

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 101.1/62 ได้รับการอนุมัติวันที่ 19 กรกฎาคม 2562 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยทั้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และชี้แจงไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่จะก่อให้เกิดความเสียหาย โดยข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล จะไม่มีการลงรายละเอียดเรื่อง ข้อมูลส่วนตัวใดๆ และจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังจากผ่านกระบวนการจริยธรรมวิจัยในคนเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและขอทราบรายชื่อของผู้สูงอายุในชุมชนจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อนำมาสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและแจ้งรายชื่อผู้สูงอายุที่ถูกจับฉลากได้กับ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยหลังจากการเข้าพบอาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว แนะนำตัว สอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล และหากผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะทำการนัดหมายวัน เวลา ในการเข้าเก็บข้อมูล

2) อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้ผู้วิจัยได้ระบุไว้ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านหรือที่ที่ทำการกิจกรรมของชุมชน ตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธ์ภาพอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนเข้าเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อยืนยันการนัดหมาย โดยใช้เวลาการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชุมชนหรือบ้านของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ละคน

จากนั้นแนะนำตนเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจะทำการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างทีละคน ประเมินความสามารถและความต้องการความช่วยเหลือระหว่างการตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาในการตอบแบบสอบถามและอยู่ใกล้กรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม และอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบในกรณีที่ไม่สามารถอ่านเองได้

การวิเคราะห์ข้อมูล :

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
- 2) วิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยการแบ่งอันตรายภาคชั้น
- 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)
- 4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1) ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 มีอายุระหว่าง 60 - 93 ปี โดยเฉลี่ย 70 ปี โดยช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 65 - 70 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับ 0 - 10000 บาท รายได้เฉลี่ย คือ 12,926.43 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8

2) ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100 เนื่องจากไม่มีกลุ่มตัวอย่างท่านใดที่ได้คะแนนเต็มในความฉลาดทางสุขภาพระดับพื้นฐานเลย คือไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ในระดับพื้นฐานจึงไม่สามารถนำไปคิดคะแนนในระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณได้

3) การวิเคราะห์ตามสมมติฐานโดยการหาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัย เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

3.1) เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่า $r = .004$

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ระดับความฉลาดทางสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับพื้นฐาน	420	100
ระดับปฏิสัมพันธ์	0	0
ระดับวิจารณ์ญาณ	0	0
รวม	420	100

3.2) อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.223$)

3.3) รายได้ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = 0.215$)

3.4) การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = 0.480$)

3.5) การมีส่วนร่วมทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = 0.432$)

3.6) ระดับการศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	0.004	ต่ำ

Contingency coefficient = 0.347 likelihood Ratio 63.724 Asymp.Sig = 0.004 p-value <.05

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทางสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	- 0.223	0.00	ต่ำ
รายได้	0.215	0.00	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	0.480	0.00	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมทางสังคม	0.432	0.00	ปานกลาง

p-value <.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีระดับความฉลาดทางสุขภาพ อยู่ในขั้นพื้นฐานทั้งหมด โดยจากแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)¹ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่จะมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูงขึ้นไปนั้น จำเป็นจะต้องมีความฉลาดทาง

สุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานคือทักษะหรือสมรรถนะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีการอธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการ ประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและบอกกล่าวจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย” โดยความฉลาดทางสุขภาพประกอบด้วย

6 องค์ประกอบขั้นพื้นฐาน คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communicative skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) การจัดการตนเอง (self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) กล่าวคือ ความฉลาดทางสุขภาพที่ดี จะต้องรวมทุกองค์ประกอบข้างต้นนี้ประกอบกัน เพื่อให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพขึ้นในแต่ละบุคคล

การที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น จะต้องอาศัยการสร้างสมดุลในทุกๆ มิติ การทำให้บุคคลตระหนักถึงความเกี่ยวข้องกันของกาย อารมณ์และจิตใจ อีกทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมเพื่อเป็นพื้นฐานทักษะในการดำรงชีวิต ดังนั้น ความฉลาดทางสุขภาพ จึงถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถเชื่อมโยงทั้ง 4 มิติ ของสุขภาพได้ โดยการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นภาวะที่มนุษย์ที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและทางด้านสังคม โดยทั้งหมดทุกมิติจะต้องเชื่อมโยงกันอย่างสมดุลการศึกษานี้ยังได้ศึกษา ความสัมพันธ์ ของปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร กับการมีความฉลาดทางสุขภาพโดยสามารถสรุปผลได้ดังนี้ เพศมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่าความสัมพันธ์ = .004 คือ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ โดยผลการวิจัยนี้ได้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยคือ เพศมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ในที่นี้คือ เพศหญิงมีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่มากกว่าเพศชาย อาจกล่าวได้ว่า เพศหญิงเป็นเพศที่สนใจในการค้นคว้าข้อมูลสุขภาพทั้งยังมีการเข้าร่วมกลุ่มสังคม หรือการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือแหล่งความรู้ต่างๆได้ดี อีกทั้งยังมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้อย่างดีอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.223$) โดยผลการวิจัยนี้ได้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยคือ อายุมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่มากขึ้น จะมีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่น้อยลง อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุจะแตกต่างจากวัยอื่นๆเนื่องจากเป็นวัยแห่งความเสื่อมโทรมของการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยเมื่อเกิดกระบวนการการเสื่อมถอยดังกล่าว จะส่งผลให้ระบบต่างๆทำงานได้ไม่เหมือนในวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะความทรงจำและความสามารถในการเรียนรู้จะเสื่อมถอยไปด้วย

รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = 0.215$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัยที่ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือความฉลาดทางสุขภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีรายได้อาจเพิ่มขึ้น โดยจากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า รายได้เป็นสิ่งส่งเสริมการอำนวยความสะดวกในชีวิตหลายๆด้านสามารถกล่าวได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีพ โดยเมื่อบุคคลมีรายได้ที่ดี จะส่งผลให้สารพัดปัจจัยใช้สอย หรือทางเลือกที่ดีต่อตนเองในทุกๆด้าน ทั้งนี้ จะต้องประกอบกับทักษะด้านอื่นด้วย เช่นทักษะความรู้ การตัดสินใจที่ดี การเลือกบริโภคในสิ่งที่เหมาะสม เนื่องจากว่า หากมีรายได้ที่ดี แต่หากบกพร่องในทักษะอื่นๆที่กล่าวมา อาจทำให้บุคคลมีการใช้ทรัพยากรที่มีในทางที่ไม่เหมาะสมการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับระดับ ปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = 0.480$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมคือการที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือทางด้านจิตใจจากผู้ให้จากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

โดยใช้แนวคิดของ เฮาส์โดยเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในทุกๆด้านของการสนับสนุนทางสังคมคือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม

การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับระดับ ปานกลางกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = 0.432$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ คือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆทางสังคมที่สูงจะมีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่ดีด้วย เนื่องจากมีอายุอยู่ระหว่าง 60-93 ปี โดยช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 65 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และรองลงมาคือช่วงอายุที่ 60 – 64 คิดเป็นร้อยละ 25.7 ซึ่งถือเป็นผู้สูงอายุตอนต้น และยังสามารถมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องได้ดี และยังคงให้ความสำคัญกับกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องในบทบาททางสังคมระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ กล่าวคือผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีระดับความฉลาดทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานงานวิจัยที่ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ โดยจากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 15.5

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพ¹⁴ เป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ นั้นหมายถึงปัจจัยที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าไปมีส่วนในการพัฒนา สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความฉลาดทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจาก หากผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี นำสู่การมีชีวิตที่ยืนยาว บนพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางในการวางแผนดูแลสุขภาพของประชาชนวันสูงอายุในเขตเมือง จากสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ประชากรวัยสูงอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล และ เป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติหรือโครงการสร้างสุขภาพต่างๆในสังคมเมือง เพื่อมุ่งเน้นประโยชน์ในการสร้างความฉลาดทางสุขภาพเพื่อเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาวะที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา ตัวแปรอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลกับความฉลาดทางสุขภาพ เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ควรมีการพัฒนาการวิจัยในขั้นที่สูงขึ้นไป เช่น การวิจัยเพื่อคิดค้น นวัตกรรม หรือสิ่งชุดโปรแกรมต่างๆ ที่จะเป็นการช่วยพัฒนาส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ

References

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*. 2008; 67(12):2072-8.
2. WHO. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development Nairobi, Kenya.2009:9
3. Kwanmuang, K. Health literacy Promoting in Aging Population. *Journal of health science research*. 2015;9(July - December 2015).(In Thai)
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal:a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health promotion international*. 2000 15:259-67.
5. Bangkok cops. Bangkok 's elerly Quality of life development. In: University cops, editor. Bangkok.2014.(In Thai)
6. Nilnate w. Health literacy in thai elder in senior citizens club of bangkok: Chulalongkorn Univercity 2014.(In Thai)
7. Intarakamhang u. Health litracy measurement and development. 1, editor. Bangkok: sukhumvit prinying company; 2017.(In Thai)
8. David W. Baker MSW, Joseph Feinglass,Jason A. Thompson,Julie A. Gazmararian,Jenny Huang. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *American Medical Association*. 2007;167(14).

9. Kim L. Stansburya TLP, Blake Beecher. An exploration of mental health literacy among older African Americans. *Aging & Mental Health*. 2555;17(2):226-32.
10. Kaeodumkoeng K. Health literacy. 1, editor. nonhaburi: health education divition public health ministry 2011.(In Thai)
11. Joanne Protheroe RWM, Bernadette Bartlam, Eme Vida Estacio,Linda Clark BA (Hons),Judith Kurth. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expectations*. 2016.
12. Rattana W. Health care behavior and social support with elderly's of life quality of aging club at Suratthani central hospital: Srinakharinwirot University2009.(In Thai)
13. Baum B, Modra,. Epidemiology of participation: an Australian community study. *Epidemiol Community Health*. 2000;54.(In Thai)
14. Wongcha W. Health Literacy of Prevention Diabetes Mellitus Type 2 in School Age Children. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019;20 (2):1-9. (in Thai)