

บทความวิจัย

การพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ Development of the Older Adults Health Literacy Index

Received: Aug 11, 2021

Revised: Oct 10, 2021

Accepted: Oct 15, 2021

ธณิดา พุ่มท่าอิฐ พย.ม. (Thanida Pumthait, M.N.S.)¹ดวงเนตร ธรรมกุล ค.ด. (Doungnetre Thummakul, Ph.D.)²ญาติาดารัตน์ บาลจ่าย พย.ม. (Yadarat Baljay, M.N.S.)³

บทคัดย่อ

บทนำ: เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาอย่างเหมาะสม เมื่อนำมาใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพพลงเกิดประโยชน์ต่อการจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการวางแผนเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสม ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเขตบางพลัดที่เป็นผู้สูงอายุ และสมัครใจ จำนวน 11 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านในเขตบางพลัด ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้ 6 ชุมชน จาก 48 ชุมชน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ จำนวน 396 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 40 ตัวชี้วัด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์เชิงอุปนัย วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาดัชนีความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และเชิงยืนยันด้วยโปรแกรมลิสรล

ผลการวิจัย: มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อที่ไม่มีประสิทธิภาพในการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โมเดล การวัดดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2(358, N=393) = 402, p=0.051, AGFI = 0.90$) และอัตราส่วนระหว่างค่า χ^2 และค่าองศาอิสระ = 1.12 น้ำหนักองค์ประกอบทั้งหมดมีค่าเป็นบวก ขนาด .54 ถึง .82 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ที่มีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดตามลำดับ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การรู้เท่าทันสื่อ 3) การจัดการตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) การรู้หนังสือ 7) ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และ 8) ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ดังนั้น เครื่องมือวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้

สรุปผล: เครื่องมือวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยสามารถนำไปประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับวัยได้

โครงการวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ E-mail: thanida_pum@dusit.ac.th

² Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ E-mail: doungnetre_thu@dusit.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ E-mail: yadarat_b@yahoo.com

^{1,2} Suan Dusit University, Bangkok, Thailand

³ Kuakarun Faculty of Nursing Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

ข้อเสนอแนะ: ทีมสุขภาพสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และพัฒนาให้คงอยู่ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Abstract

Introduction: In an assessment of health literacy among older adults, using an appropriately developed health literacy index will provide basic and important information for healthcare of older adults. As a result, this will lessen older adults' dependence on health service system. There will be a benefit for managing the influence of risk factors among older adults' health. That would be a guideline to increase health literacy among older adults.

Objective: To develop health literacy index of older adults residing in Bang Phlat district, Bangkok.

Research methodology: This mixed-method study employed both qualitative and quantitative approaches. Qualitative participants were 11 voluntary healthcare volunteers who were older adults residing in Bangphlat district. Quantitative participants were older adults residing in Bangphlat district. Simple random sampling technique was used to randomly select 6 out of 48 communities. Then, 396 participants were recruited using an accidental sampling method. Instruments were a semi-structured interview guide, and a health literacy questionnaire consisting of 40 indicators. An item-objective congruence was verified by 3 experts. Reliability was tested using a Cronbach's alpha coefficient (0.96). Qualitative data were analyzed using content analysis and analytical induction. Older adult's health literacy index development data were analyzed using exploratory factor analysis, and confirmatory factor analysis. LISREL was also used to verify data.

Results: Exploratory factor analysis result showed that 4 questions were ineffective in measuring health literacy. Health literacy index measurement model was congruent with empirical data ($\chi^2(358, N=393) = 402, p = .051, AGFI = 0.90$) and ratio between χ^2 and degree of freedom = 1.12. All factor loadings were statistically significantly positive values (0.54 to 0.82) ($p < .01$). Those 8 factors were as follows: 1) health literacy accessibility; 2) media literacy; 3) self-management; 4) communication skill; 5) healthcare accessibility; 6) literacy; 7) understanding of health information; and 8) understanding of healthcare (ordered from highest to lowest factor loading). Hence, this measurement for older adults' health literacy index is applicable.

Conclusion: The measurement of health literacy of the older adults is suitable for use. This can be used to assess the level of health literacy of the older adults to suit their age.

Implications: Health care teams can use this measurement to assess the health literacy of the older adults in the community. For the benefit of development health literacy of the older adults and development to still in changing situations from the risk of intellectual inertia resulting from deterioration systems.

Keywords: health literacy, older adults

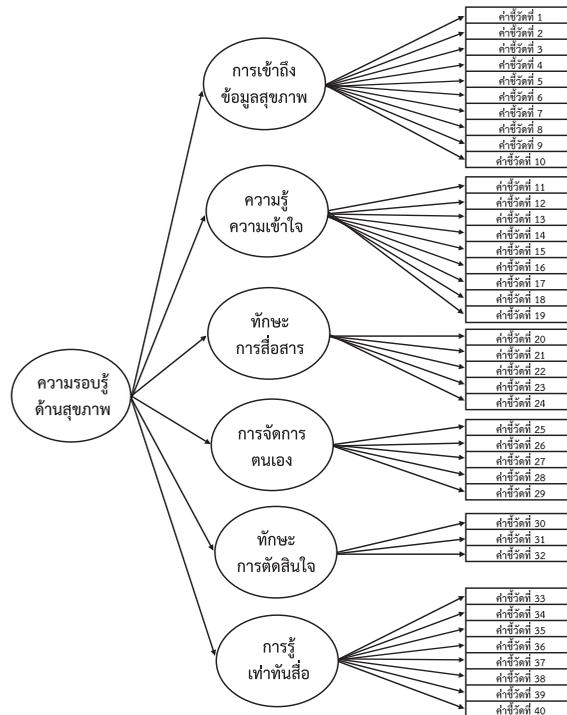
บทนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ทำให้ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) จะเกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2564¹ และกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่ขยายตัวอย่างรวดเร็วในสังคม นอกจากนี้อัตราการเกิด และอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้สัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงาน และวัยเด็กลดลง² ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกันตามลำพังมากขึ้น และส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเสี่ยงทางปัญญา อันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย หากผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี สามารถปรับตัวและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้านสุขภาพ จะส่งผลให้มีความผาสุกในชีวิต³ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความคิดที่เสื่อมถอยลง (cognitive dysfunction) จากการขาดการส่งเสริมสุขภาพในช่วงก่อนก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ⁴ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และต้องการความช่วยเหลือ แต่ความคาดหวังในการพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเริ่มมีความจำกัด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว และต้องดูแลหลาน เพราะบุตรและสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานในต่างถิ่น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่เพียงลำพังกับคู่สมรส⁵ ดังนั้น การวางแผนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ในประเทศไทยมีการจำแนกระดับของ Health literacy เป็น 3 ระดับ คือ (1) ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ได้แก่ ทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจ และการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ทักษะพื้นฐานเหล่านี้ในการอ่านฉลากยา อ่านใบยินยอม วิธีรับประทานยา กำหนดนัดหมาย เป็นต้น (2) ระดับการปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร การเลือกใช้ข้อมูล การจำแนกแยกแยะข้อมูลข่าวสาร การใช้ข้อมูลข่าวสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น และ (3) ระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญา และ

สังคมที่สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันของตนเองได้ และมีส่วนร่วมผลักดันสังคม และการเมืองเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี⁶ จากการศึกษางานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือวัด Health literacy จำนวน 51 ฉบับ พบว่า เครื่องมือวัด Health literacy ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีจุดเด่น และจุดอ่อนที่แตกต่างกัน และเครื่องมือดังกล่าว ยังมีข้อจำกัดมากมาย ได้แก่ บางชุดเครื่องมือจะมีข้อจำกัดเหมาะที่จะนำไปใช้กับกลุ่มคนตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุไม่เฉพาะกับผู้สูงอายุ และมีจำนวนข้อคำถามของแบบสอบถามมาก^{7,8} นอกจากนี้ การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพมีการสร้างขึ้นตามกรอบการวิจัยให้เหมาะกับการใช้ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น เพื่อให้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนามีความเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในกับผู้สูงอายุในเขตบางพลัด และเพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจากผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงพัฒนาดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อให้ได้เครื่องมือในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลภาวะสุขภาพลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพลง เกิดประโยชน์ต่อการจัดการควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ได้มาจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร และจากการศึกษาองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁶ และ นักวิชาการ⁹⁻¹⁴ ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างได้ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) จำนวน 10 ข้อ 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) จำนวน 9 ข้อ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) จำนวน 5 ข้อ 4) การจัดการตนเอง (Self- management) จำนวน 5 ข้อ 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) จำนวน 3 ข้อ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) จำนวน 8 ข้อ รวม 40 ตัวชี้วัด และสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

คำถามการวิจัย

ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed methods research) แบบลำดับสำรวจผล (the exploratory sequential design) โดยการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพก่อน คือการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ จนเสร็จสิ้นแล้ว จึงนำเอาไปเชื่อมต่อกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อทำการวัดเชิงปริมาณ¹⁵

ประชากร สำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขเขตบางพลัด จำนวน 98 คน ส่วนวิจัย

เชิงปริมาณ ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านใน เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย จำนวน 21,698 คน⁹

กลุ่มตัวอย่าง สำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขเขตบางพลัดที่เป็นผู้สูงอายุ และสมัครใจ จำนวน 11 คน ส่วนวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ประจำตามทะเบียนบ้านในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จาก 48 ชุมชน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม .05 ตามสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane¹⁶ ได้จำนวน 392.76 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (sample random sampling) จากชุมชน 48 ชุมชน สุ่มแบบจับฉลากเลือกแบบไม่ใส่คืน เลือกได้ 6 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนวัดวิมุติยาราม ชุมชนภาณุรังสี ชุมชนวัดสิงห์ ชุมชนวัดภคินีนาถ ชุมชนริมคลองบางพลัด และชุมชนวัดเทพากร จากนั้นใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 396 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างแนวทางการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เรื่องความสำคัญ ประโยชน์ และการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีข้อคำถาม รวม 11 ข้อ และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากประเด็นการสนทนากลุ่ม การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย จำนวน 40 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Index of item objective: IOC ของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0.33 -1.00 และแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.00-1.00 ค่าถามที่ได้ได้คะแนน < 0.5 ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะตามหลักเกณฑ์ในการวิเคราะห์คุณภาพเชิงความตรงตามโครงสร้างเนื้อหาของข้อคำถาม¹⁷ ได้ค่า IOC รายฉบับ 0.88 และ 0.95 ตามลำดับ ทดลองใช้แบบวัดดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค = .96 แบบวัดใช้แบบประมาณค่าในการให้คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4 = ทำได้ง่ายมาก, 3 = ทำได้ง่าย, 2 = ทำได้ยาก, 1 = ทำได้ยากมาก, 0 = ทำ (คั้น) ไม่เป็น และเชื่อว่าทำได้ แต่ยังไม่เคยทำ¹⁸ แบ่งเกณฑ์การประเมินคะแนนอยู่ในช่วง 0-160 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง (คะแนน 108-160) ปานกลาง (คะแนน 54-107) และต่ำ (คะแนน 0-53)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่รับรอง SDU-RDI 2019-006 ลงวันที่ 13 พ.ค. 2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ และจะได้ดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย จะทำลายเมื่อสิ้นสุดโครงการ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอเชิงวิชาการและในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ผ่านสำนักงานเขตบางพลัด การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน จำนวน 1 ครั้ง เพื่อ

ให้ได้ประเด็นของความสำคัญ ประโยชน์ ปัญหา อุปสรรค และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จากคำถามกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลา 50 นาที จากนั้นเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมการใช้แบบสอบถาม และเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ลงเก็บข้อมูลตามชุมชนโดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ กลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านและเขียนได้ดีให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาสายตาและไม่สะดวกอ่านเองจะให้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์เชิงอุปนัย (analytical induction) ตรวจสอบลักษณะเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธี Bartlett's Test of Sphericity วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ตามรายละเอียด ดังนี้

1. ผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์เชิงอุปนัย สามารถนำเสนอประเด็นได้ ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และลักษณะความรอบรู้ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องรู้จักการดูแลตนเอง ต้องฉลาดรู้ในการดูแลสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ระวังระวังการเคลื่อนไหว ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีรูปร่างสมส่วน ผิวพรรณสวยงามตามวัย ต้องให้ความรู้กับผู้สูงอายุให้รู้เท่าทันการหลอกขายอาหารเสริม ยาสมุนไพร ให้พบปะพูดคุยกันเพื่อจะได้มีเพื่อน การเกิดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เกิดจากการยกตัวอย่างของคนในชุมชนที่มีโรค และมาเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 31 มีการออกกำลังกาย และมีการแทรกความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม

หน่วยงานราชการควรมีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ดึงข้อความที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“จำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่อยู่นิ่ง ควรมีการนัดกันออกจากบ้านมารวมตัวกันออกกำลังกาย ควรแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม” “ให้ครอบครัว ลูกหลานมีส่วนร่วม เอาใจใส่ ลูกหลานต้องมีเวลาในการดูแลด้วย และให้ความรู้กับ ผู้สูงอายุให้รู้เท่าทันการหลอกขายอาหารเสริม ยา สมุนไพร กระทั่งสารอันตรายควรมีการควบคุมเรื่องยาให้มากกว่านี้ ไม่ควรให้มีการโฆษณาเกินจริง” “อาสาสมัครสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้แนะนำเรื่องการใช้จ่าย คอยเตือน คอยย้ำ แก่ผู้สูงอายุ ควรมีการจัดกิจกรรมให้ได้พบปะกัน ในทุก ชุมชน จะได้มีการพูดคุย แนะนำกัน หน่วยงานราชการควรมี กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เวียนกันไปทุกชุมชน” “การยกตัวอย่างคนในชุมชนที่มีโรคและมาเข้าร่วมกิจกรรม ของศูนย์ 31 มีการออกกำลังกาย และควรมีการแทรกให้ความรู้ด้วย จะทำให้ได้ประโยชน์มากขึ้น” “ผู้สูงอายุที่มีความ รوبرู้ด้านสุขภาพ จะมีผิวพรรณสวยงามสมวัย หากมีการ ออกกำลังกายที่เหมาะสม จะทำให้ดูมีรูปร่างที่ดีด้วย ออส. ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเหมาะสม” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 4, 8, 10 และ 11)

ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และอะไรที่มีส่วนทำให้ผู้สูง อายุเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพ ออส.ให้ข้อเสนอแนะว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หากมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ จะสามารถควบคุมอาหาร รับประทานยาให้ตรง เวลา และไม่ซื้ออาหารกักตุนไว้ สิ่งที่จะช่วยให้เกิดความรอบรู้ ทางสุขภาพ คือ การเปลี่ยนทัศนคติของผู้สูงอายุ นำเสนอ ตัวอย่างที่ดีให้ดู ทำให้เห็น จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยอมปฏิบัติตาม หาข้อมูลจากทีมสุขภาพ ผู้ดูแลมีส่วน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น เก็บขวดน้ำปลา ให้ไหลสายตา ดึงข้อความที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ถ้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก็ไม่ควรให้ลูกหลาน ซื้ออาหารตุนไว้ ขวดน้ำปลาอย่าตั้งโชว์ ราชการควรมี กิจกรรมสำหรับ ผสอ. สลับกันไป ควรมีความต่อเนื่อง เวียนกัน ไปทุกชุมชน” “เปลี่ยนทัศนคติของ ผสอ. บางคนไม่สนใจฟัง ไม่ปฏิบัติตาม ทำให้ดู มีญาติผู้ป่วยที่ดูตัวอย่างการทำจาก

ออส. ที่ดูแลบิดา แล้วนำไปปฏิบัติกับญาติของเค้า เกิดจาก การทำให้เห็นจนเกิดความศรัทธา และยอมทำตาม” “ผู้ที่มี โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน หากมีความเข้าใจ จะดูแลสุขภาพ ควบคุมอาหาร ทานยาให้ตรงเวลา และ หากสงสัยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ควบคุมถามกับผู้รู้ทาง สุขภาพโดยตรง เช่น หมอ พยาบาล” “ผู้ดูแลก็มีส่วนทำให้การ ดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 3, 6, และ 9)

การสื่อสารที่ง่าย และรวดเร็วในยุคนี้ ส่งผล ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไร และควร ให้คำแนะนำต่อผู้สูงอายุในเรื่องนี้อย่างไร พบว่า ควรให้ คำแนะนำ ช้า ๆ พูดคุยเล่าตัวอย่างที่ไม่ดีให้ฟัง ดึงผู้สูงอายุ ออกมาจากบ้าน ถ้ามาเข้าร่วมไม่ได้ก็ไปหาที่บ้าน เพื่อจะได้ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ข้อมูลที่ตอบไม่ได้ ก็ไปถามผู้รู้ เช่น แพทย์ พยาบาล นอกจากนี้ ออส. แนะนำว่า ควรแนะนำผู้สูงอายุ ในชุมชนให้มีการอมด้วย ดึงข้อความที่ได้จากการสนทนา กลุ่ม ดังนี้

“ข้อมูลด้านสุขภาพมาไวและไปไวมาก บางอย่าง น่ากลัว โฆษณาเกินจริง เราควรให้คำแนะนำช้า ๆ พูดคุย เล่าตัวอย่างที่ไม่ดีให้ฟัง เช่น การซื้ออาหารเสริมหรือยา มาแกโรคปวดหัวเข่า ทานแล้วก็ไม่ได้ดีขึ้น หมอบอกให้ลด น้ำหนักลง อันนี้น่าจะเป็นตัวช่วยให้ปวดเข่าลดลง ก็ต้อง พูดช้า ๆ และเตือนกันบ่อย ๆ” “ต้องชวนผู้สูงอายุให้ออกมา เปิดหู เปิดตาบ้าง ออกมามีกิจกรรม พูดคุยเพิ่มเติมความรู้ ทางสุขภาพให้มากขึ้น หากออกมาจากบ้านไม่ได้ ออส.ก็ควร เดินไปหา เพื่อพูดคุย และดูแลปัญหาสุขภาพว่าเป็นอย่างไร ข้อมูลที่ตอบไม่ได้ ก็จะไปถามผู้รู้ที่ศูนย์ ทั้งแพทย์ พยาบาล แล้วค่อยกลับมาบอกอีกที” “ออส.ควรแนะนำให้ คนในชุมชนรวมถึงผู้สูงอายุให้มีการอมด้วยจะดี หากอม ตั้งด้วยผู้ใหญ่ ในบั้นปลาย ก็จะมีเงินใช้ ไม่ขัดสน การพึ่ง ผู้อื่นก็จะลดลง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 5, และ 9)

2. ผลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ วิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มกับอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ในประเด็นความรู้ความเข้าใจ การเพิ่มความรอบรู้ ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ มาใช้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ ด้านสุขภาพ มาสร้างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุ เขตบางพลัด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 396 ฉบับ ตามการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังรายละเอียด

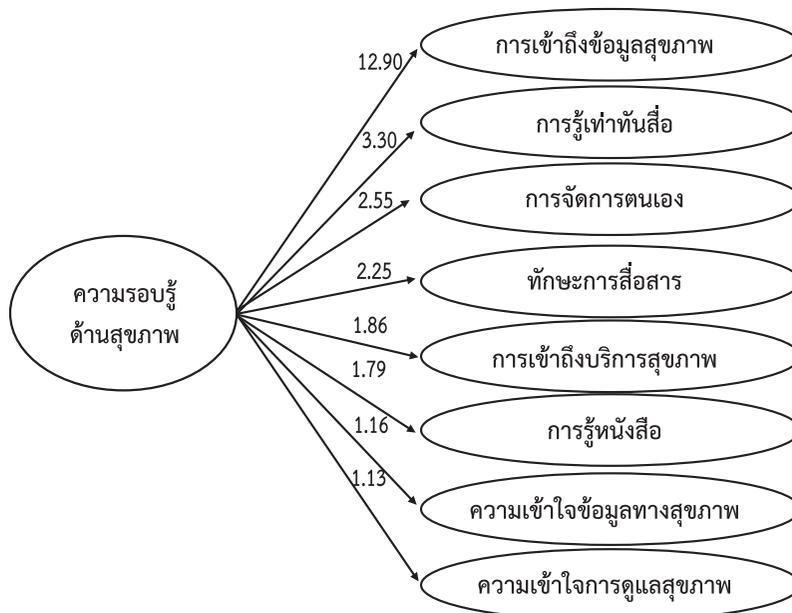
2.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

โดยสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis: PCA) และทำการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Varimax rotation) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Inter-correlation items) โดยใช้สถิติทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบว่าสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Chi-square = 13,212, df = 780) แสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีไกเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (Kaiser-Mayer-Olkin measures of sampling adequacy: KMO) ซึ่งพิจารณาถึงความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถาม มีค่าเท่ากับ 0.915 ซึ่งมากกว่า 0.80 หมายความว่า ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อนั้นมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นอย่างดี¹⁹ แต่มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำกว่า 0.5 ไม่มีประสิทธิภาพในการวัดตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จึงได้ตัดข้อ

คำถามดังกล่าวออกและทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจซ้ำของแบบประเมินจำนวน 36 ข้อ พบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Chi-square = 12,375, df = 630) เมื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถามโดยดัชนี KMO ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.912 ซึ่งมากกว่า 0.80 หมายความว่าข้อคำถามจำนวน 36 ข้อนั้นมีความสัมพันธ์กันมากและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นอย่างดีมาก เมื่อพิจารณาความแปรปรวนขององค์ประกอบของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ที่สามารถอธิบายด้วยองค์ประกอบ หรือค่าไอเกน (Eigenvalue) ที่มากกว่า 1 มีจำนวน 8 องค์ประกอบ และค่าไอเกนที่สกัดได้มีค่าเท่ากับ 12.90, 3.30, 2.55, 2.25, 1.86, 1.79, 1.16 และ 1.13 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

2.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

พบว่า ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันลำดับที่สอง หลังจากเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนในการวัด พบว่า โมเดลการวัดตามสมมติฐานของนักวิจัยยังสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดยค่าดัชนีวัดความสอดคล้องพบว่าระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.051 อัตราส่วนระหว่างค่า χ^2 และค่าองศาอิสระเท่ากับ 1.12 ดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ 0.95 ดัชนีวัดความกลมกลืนแบบปรับแก้



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าร้อยละของความแปรปรวนหรือค่าไอเกนขององค์ประกอบที่ 1-8

(AGFI) มีค่าเท่ากับ 0.90 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนแบบปรับแก้ (RMSEA) มีค่าเท่ากับ 0.018 ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SRMR) มีค่าเท่ากับ 0.046 และขนาดตัวอย่างวิกฤตเท่ากับ 403 ยืนยันว่าโมเดลนั้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี แต่ละตัวมีรายละเอียดองค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุทุกตัวแปรสังเกตได้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (λ) มากกว่า .50 แสดงว่าโมเดลมีความตรงเชิงโครงสร้าง¹⁹ และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่หนึ่งของ 8 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรู้หนังสือ ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ มีค่าความเที่ยงของตัวแปรแฝง

(Composite Reliability: CR) เท่ากับ 0.92, 0.87, 0.95, 0.90, 0.89, 0.76, 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่สกัดได้ (Average Variance Extracted: AVE) เท่ากับ 0.66, 0.58, 0.83, 0.64, 0.64, 0.44, 0.60 และ 0.53 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

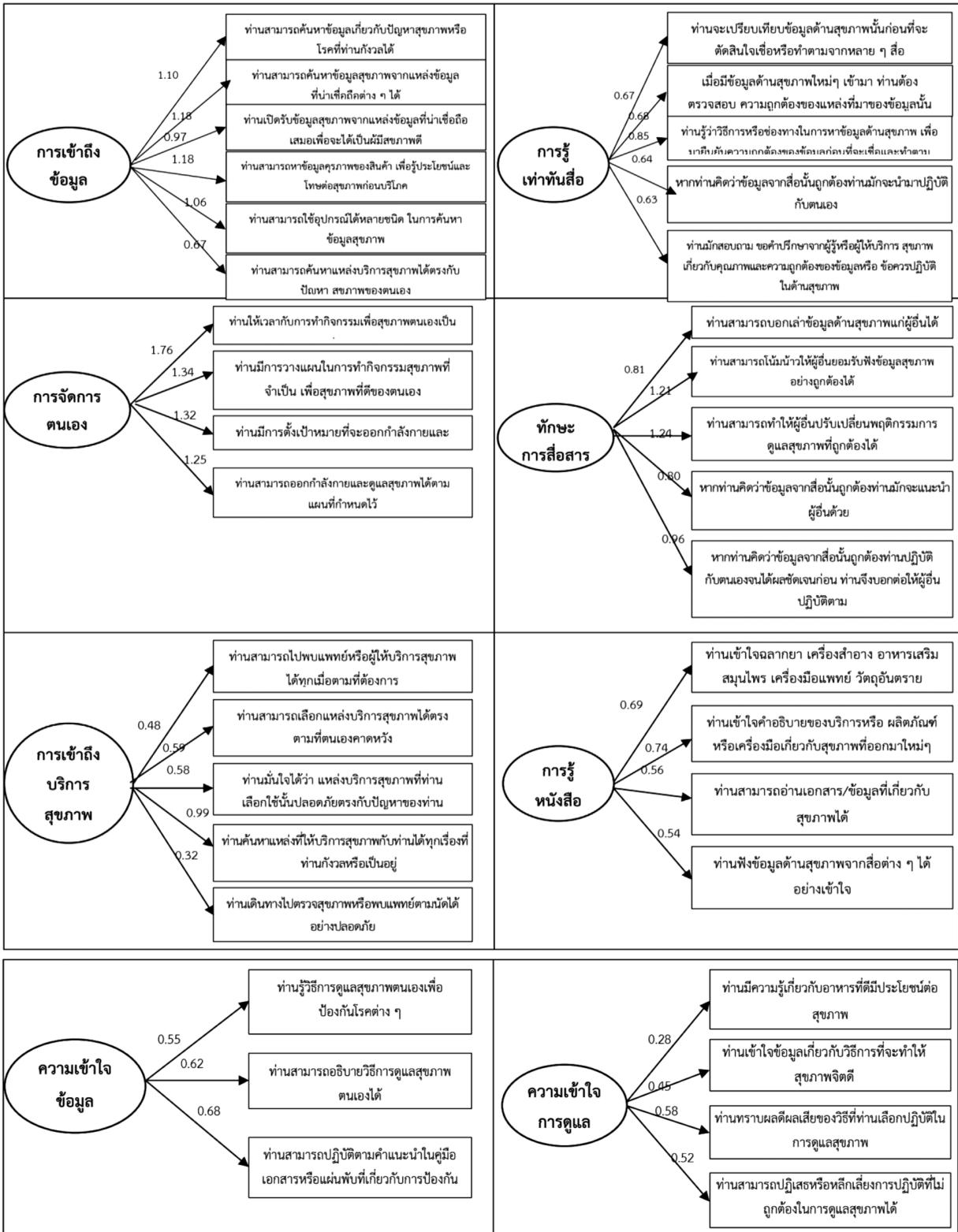
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่หนึ่งการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรู้หนังสือ ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และความเข้าใจการดูแลสุขภาพ พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรแฝง มีค่าระหว่าง 0.67 ถึง 1.18, 0.63 ถึง 0.85, 0.76 ถึง 1.34, 0.8 ถึง 1.24, 0.32 ถึง 0.99, 0.54 ถึง 0.74, 0.55 ถึง 0.68, และ 0.28 ถึง 0.53 ตามลำดับ โดยที่ค่าน้ำหนักองค์ประกอบทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	L	SE	t	λ	R ²	ข้อคำถาม	L	SE	t	λ	R ²
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่ 2											
การเข้าถึงข้อมูลฯ	0.58	0.05	10.92	0.58	0.33	การรู้เท่าทันสื่อ	0.82	0.06	13.07	0.82	0.67
การจัดการตนเอง	0.54	0.05	10.21	0.54	0.30	ทักษะการสื่อสาร	0.77	0.07	11.34	0.77	0.59
เข้าถึงบริการสุขภาพ	0.63	0.07	9.57	0.63	0.39	การรู้หนังสือ	0.76	0.06	12.07	0.76	0.58
ความเข้าใจข้อมูลฯ	0.79	0.06	13.22	0.79	0.63	ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ	0.80	0.11	7.43	0.80	0.63
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่ 1											
ข้อคำถาม	CR		AVE		ข้อคำถาม	CR		AVE			
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.92		0.66		การรู้เท่าทันสื่อ	0.87		0.58			
การจัดการตนเอง	0.95		0.83		ทักษะการสื่อสาร	0.90		0.64			
เข้าถึงบริการสุขภาพ	0.89		0.64		การรู้หนังสือ	0.76		0.44			
ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ	0.82		0.60		ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ	0.81		0.63			

$\chi^2 = 402$, $df = 358$, $p\text{-value} = .051$, $GFI = 0.95$, $AGFI = 0.90$, $CFI = 1.00$, $RMSEA = 0.018$, $SRMR = 0.046$, $CN = 403$

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบลำดับที่หนึ่งและค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรแฝงของ 8 องค์ประกอบย่อย



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการพัฒนาดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ เมตริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมระหว่างข้อคำถามนั้นไม่ใช่เมตริกซ์เอกลักษณะ หรือหมายความว่าระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถามนั้นมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ และเมื่อพิจารณาถึงความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของระดับความสัมพันธ์ของข้อคำถามโดยดัชนี KMO ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.915 ซึ่งมากกว่า 0.80 แสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามจำนวน 40 ข้อนั้นมีความเหมาะสมต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบเป็นอย่างดีมาก¹⁹ ในการพิจารณาจำนวนขององค์ประกอบของตัวแปรการประเมิน เพื่อการเรียนรู้ พบว่า ตัวแปรมีโครงสร้างตัวแปรจำนวน 8 องค์ประกอบย่อย ทั้งนี้ ค่าไอเกน ที่สกัดได้มีค่าเท่ากับ 12.90 3.30 2.55 1.86 1.79 1.16 และ 1.13 ตามลำดับ และข้อคำถามของทุกองค์ประกอบมีค่าความเที่ยง (CR) มากกว่า หรือเท่ากับ 0.5 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ข้อคำถามนั้นมีประสิทธิภาพในการวัดเป็นอย่างดี จากผลการศึกษาดังกล่าวยืนยันว่า แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุเขตบางพลัดนั้นมีความตรงเชิงโครงสร้างดีและมีความเที่ยงสูง มีคุณภาพดี และเหมาะที่ใช้ในการศึกษา โดยพบว่าแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีโครงสร้าง 8 องค์ประกอบย่อย ขออภิปรายผลรายองค์ประกอบ ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรือโรคที่ท่านกังวลจากแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือได้ เปิดรับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือ สามารถหาข้อมูลสินค้า เพื่อทราบประโยชน์และโทษ ใช้อุปกรณ์ได้หลายชนิดในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ และหาข้อมูลได้ตรงกับปัญหาสุขภาพของตนเอง ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยข้อมูล และข่าวสารด้านสุขภาพออนไลน์ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคน นอกจากนี้ ยังพบว่าจำนวนเว็บไซต์ที่ครอบคลุมข่าวข้อมูลสุขภาพออนไลน์เพิ่มขึ้นทุกวัน เมื่อพิจารณาถึงขนาดของข้อมูลสุขภาพออนไลน์แล้ว ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงเพื่อเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต จะส่งผลให้เกิด

ความเข้าใจ สามารถค้นหาข้อมูลและรู้เท่าทันการรับข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต²⁰

2. การรู้เท่าทันสื่อ ประกอบด้วย การเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม จากหลาย ๆ สื่อ การตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม วิธีการหรือช่องทางในการหาข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลก่อนที่จะเชื่อและปฏิบัติตาม หากคิดว่าข้อมูลจากสื่ออื่นนั้นถูกต้องจะนำมาปฏิบัติกับตนเอง และการสอบถามขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูลหรือข้อควรปฏิบัติในด้านสุขภาพ สำหรับการรู้เท่าทันสื่อมีความจำเป็นที่ต้องมีการออกแบบหลักสูตรการศึกษาหรือส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนพัฒนาการเรียนรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์²¹ มีการศึกษาน้อยมากในเรื่องการให้ความสำคัญของการส่งเสริมแนวทางการรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ สำหรับผู้สูงวัยแล้ว ประเด็นการเรียนรู้เท่าทันสื่อเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมการเรียนรู้เท่าทันสื่อ เพื่อป้องกันการถูกหลอกลวง และให้เกิดประโยชน์และคุ้มค่าต่อสุขภาพมากที่สุด

3. การจัดการตนเอง ประกอบด้วย มีเวลากับการทำกิจกรรม มีการวางแผนในการทำกิจกรรมสุขภาพที่จำเป็นเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพ และสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งพบว่าการจัดกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง และมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น²² ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบนี้เป็นหนึ่งในแปดองค์ประกอบในการส่งเสริมสุขภาพทางกายที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ

4. ทักษะการสื่อสาร ประกอบด้วย การสามารถบอกเล่าข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้อื่นได้ สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับฟังข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้องได้ สามารถทำให้ผู้อื่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้ หากข้อมูลจากสื่อถูกต้องย่อมแนะนำให้ผู้อื่นถูกต้องด้วย ทั้งนี้ต้องปฏิบัติกับตนเองจนได้ผลชัดเจนก่อน จึงบอกต่อให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม ซึ่งทักษะการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญและมีแนวโน้มการสื่อสารได้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น แต่สามารถที่จะส่งเสริมและพัฒนาทักษะการสื่อสารโดยใช้โปรแกรมการฝึก

อบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การใช้คำเปรียบเทียบ อุปมาอุปมัย และการใช้คำพูดที่ตรงประเด็น เป็นต้น²³

5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การไปพบแพทย์หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ เลือกแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงตามที่ต้องการ คัดค้านใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่เลือกใช้นั้นปลอดภัยตรงกับปัญหาที่มี ค้นหาแหล่งที่ให้บริการสุขภาพได้ทุกเรื่องทั้งกังวลหรือเป็นอยู่ และการเดินทางไปตรวจสุขภาพหรือพบแพทย์ตามนัดได้อย่างสะดวกและปลอดภัย จะพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็วมีส่วนช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งยังพบว่าอายุมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าเข้าถึงบริการสุขภาพได้เร็วกว่าผู้ที่อายุมากกว่า หากอยู่สภาพแวดล้อมที่ได้รับสิ่งสนับสนุนเหมือนกัน²⁴

6. การรู้หนังสือ ประกอบด้วย การเข้าใจฉลากยา เครื่องสำอาง อาหารเสริม สมุนไพร เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย การเข้าใจคำอธิบายของบริการหรือผลิตภัณฑ์ หรือเครื่องมือเกี่ยวกับสุขภาพที่ออกมาใหม่ ๆ อ่านเอกสาร/ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ และการฟังข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างเข้าใจ ซึ่งระดับการรู้หนังสือส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรครวมถึงเสื่อมมากกว่าคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลเพื่อวางแผนและดำเนินการลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว²⁵

7. ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ ประกอบด้วย การรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรค การอธิบายวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลสุขภาพได้ โดยพบว่าหากให้โปรแกรมพัฒนาการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจข้อมูลสุขภาพทางสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้น²⁶ หากมีการดูแลสุขภาพที่ดี จะลดจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลลงได้ และสอดคล้องกับการลดการมาโรงพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

8. ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้สุขภาพจิตดี ทราบผลดีผลเสียของวิธีที่ท่านเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และสามารถปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพได้ ซึ่งพบว่า หากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เช่น ภาวะทุพโภชนาการของประชากรสูงอายุเป็นประเด็นเร่งด่วนและสำคัญในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาอาหารแปรรูปที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของวัยชราจะทำให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมาก²⁷ ดังนั้น การเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพเสื่อมลงตามความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องจะส่งเสริมการมีอายุมากขึ้นอย่างมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ทีมสุขภาพสามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในวงกว้างต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ทีมสุขภาพควรนำข้อมูลพื้นฐานนี้ไปวิจัยไปศึกษาออกแบบโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรู้หนังสือ ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ และความเข้าใจการดูแลสุขภาพ ให้เกิดความคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล หรือใช้เครื่องมือนี้ในการหาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อยืนยันและปรับปรุงการพัฒนาเครื่องมือต่อไป

References

1. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research* 2015;9(2):1-8. (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai population in the reign of King Rama IX. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2017. (in Thai)
3. Palumbo R. Sustainability of well-being through literacy, the effects of food literacy on sustainability of well-being. *Agriculture and Agricultural Science Procedia* 2016; 8: 99 -106.
4. Kimberly AK, Melody SG, William DM, Christopher RC, Richard TG. Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. *Patient Education and Counseling* 2014; 95: 218–25.
5. Knodel J, Teerawichitchainan B, Prachuabmoh V, Pothisiri W. The situation of Thailand's older population: an update based on the 2014 survey of older persons in Thailand. Chiang Mai: HelpAge International; 2015.
6. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *Int J Public Health* 2008;54:303–5.
7. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments *J Health Commun* 2014; 19, Suppl 2: 302-33. doi: 10.1080/10810730.2014.936571. PMID: 25315600.
8. Nguyen HT, Kirk JK, Arcury TA, Ip EH, Grzywacz JG, Saldana SJ, et al. Cognitive function is a risk for health literacy in older adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2013; 101: 141-7.
9. Public Health and Environmental Strategy Division. Bangkok elderly data report from the population base in the civil registration system as of December 2018. Bangkok: Strategy and Evaluation Department. 2019 (in Thai)
10. Rajah R, Hassali MAA, Murugiah MK. A systematic review of the prevalence of limited health literacy in Southeast Asian countries. *Public Health* 2019;167:8-15.
11. Chunga MH, Chen LK, Peng LN, Chi MJ. Development and validation of the health literacy assessment tool for older people in Taiwan: Potential impacts of cultural differences. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2015;61:289-95.
12. Lee TW, Kang SJ, Lee HJ, Hyun SI. Testing health literacy skills in older Korean adults. *Patient Education and Counseling* 2009;75:302-7.
13. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative, and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling* 2013;90: 247-53.

14. Intarakamhang U. Health Literacy: measurement and development. Bangkok: Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University; 2017. (in Thai)
15. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd edition. Thousand Oaks, California: SAGE; 2018.
16. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd edition. New York: Harper and Row Publications; 1973.
17. Kanchanawasee S. Traditional Theory of Testing. 7th edition. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. (in Thai)
18. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10th edition. New Delhi: Prentice-Hall of India Publications; 2006.
19. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th edition. Harlow: Pearson Education Limited; 2014.
20. Ganguli M, Hughes TF, Jia Y, Lingler J, Jacobsen E, Chang CH. Aging and Functional Health Literacy: A Population-based Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020; Article in Press.
21. Manca S, Bocconi S, Gleason B. "Think globally, act locally": A glocal approach to the development of social media literacy. *Computers & Education* 2021;160, 104025.
22. Taylor JL, Roberts L, Hladek MD, Liu M, Nkimbeng M, Boyd CM, Szanton SL. Achieving self-management goals among low income older adults with functional limitations. *Geriatric Nursing* 2019;40(4):424-30.
23. Bambini V, Tonini E, Ceccato I, Lecce S, Marocchini E, Cavallini E. How to improve social communication in aging: pragmatic and cognitive interventions. *Brain and Language* 2020; 211, 104864.
24. Perlman C, Kirkham J, Velkers C, Leung RH, Whitehead M, Seitz D. Access to psychiatrist services for older adults in long-term care: a population-based study. *Journal of the American Medical Directors Association* 2019;20(5):610-6.e2.
25. Oliveira D, Bosco A, Lorito C. Is poor health literacy a risk factor for dementia in older adults? Systematic literature review of prospective cohort studies. *Maturitas* 2019;124:8-14.
26. Chang SJ, Yang E, Lee KE, Ryu H. Internet health information education for older adults: A pilot study. *Geriatric Nursing* 2021;42(2):533-9.
27. Fernandes JM, Araújo JF, Vieira JM, Pinheiro AC, Vicente AA. Tackling older adults' malnutrition through the development of tailored food products. *Trends in Food Science & Technology* 2021; 115:55-73.