

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

รังสิมา โตสงวน, วท.ม.^{*1}อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, ประด.²

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในประชากรทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมตามวัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 265 ราย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 64.15 มีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุและความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบทในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุและความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ชุมชนชนบท

วันที่รับ: 17 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่แก้ไข: 26 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับ: 1 มีนาคม 2566

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

^{*} ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: rangsima.p@cmu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Factors associated with health literacy among older people in a rural community

Rangsima Tosanguan, M.Sc.^{*1}

Anon Wisutthananon, Ph.D.²

Abstract

Health literacy is a fundamental factor that impacts health status of all age groups of the population, in particular older people who are in a degenerative state. The purpose of this study was to study health literacy and the relationship between health literacy and demographic characteristics in older people. Samples were 265 persons aged 60 years and over residing in a rural community in Chiang Mai province. Data were collected from June to July 2019. The instruments used to collect data were the Demographic Data Recoding Form and the Geriatric Health Literacy Assessment Form. The content validity index of the Health Literacy Assessment Form approved by a six panel of experts was .98. The reliability of the instrument using Kuder-Richardson 20 showed a value of .79. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square test. The results revealed that 64.15% of the older people had an overall health literacy score at a low level. The relationship between health literacy and the demographic characteristics showed that age and the adequacy of income were statistically significant related to health literacy ($p<.01$). Results of this study serve as basic information for healthcare providers who currently practice in a rural area. To promote health literacy among elderly, factors of age and the adequacy of income are especially considered.

Keywords: health literacy, older people, rural community

Received: Feb 17, 2023 Revised: Feb 26, 2023 Accepted: Mar 1, 2023

¹ Lecturer, Faculty of Nursing Chiangmai University.

^{*} Corresponding author E-mail: rangsima.p@cmu.ac.th

² Assistant Prof., Faculty of Nursing Chiangmai University.

บทนำ

ปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น เนื่องจากพัฒนาการทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางด้านการดูแลสุขภาพ โดยอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของคนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 77 ปี สำหรับเพศหญิงเท่ากับ 80.5 ปี เพศชายเท่ากับ 73.5 ปี ส่วนอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี เท่ากับ 20.3 ปี เพศหญิงเท่ากับ 23.2 ปี เพศชายเท่ากับ 17.4 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) รวมถึงมีระบบการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้การดูแลสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 4 ต่อปี และในปี 2565 มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 (United Nations World Population Ageing, 2020) และคาดว่า ในปี 2578 ประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) โดยจะมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

การเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของการเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการมีพฤติกรรมความเสี่ยงต่อสุขภาพ นำมาสู่การเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563 พบว่า โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 17.7 โรคเกาต์ ร้อยละ 5.8 โรคหอบหืด ร้อยละ 4.8 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 3.9 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.9 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.2 ส่วนโรค และภาวะที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 39.8 โรคอ้วน (BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 38.4 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 (วิชัย เอกพลากร, 2564) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย

ในการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค สิ่งสำคัญคือการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) (Edelman & Mandel, 2006; Smith et al., 2015) ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้้นำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยความรอบรู้ทางสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ดังนั้นคุณลักษณะที่สำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากทุกแหล่งข้อมูล ความสามารถในการแยกแยะข้อมูลแต่ละแหล่งข้อมูล ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากแต่ละแหล่งข้อมูล และความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง (Nutbeam, 2008) หากบุคคลสามารถเข้าใจและใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้อง สามารถตัดสินใจเลือกใช้อุปกรณ์สุขภาพเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จะส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (basic/functional health literacy) เป็นทักษะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ (communicative and interactive health literacy) เป็นทักษะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้

สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาพร้อมกับทักษะทางสังคมขั้นสูงในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้อยู่ในระดับที่ดีอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม มีหลายการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนของ กิจปพน ศรีธานี (2560) พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean=28.72, SD=7.12) สอดคล้องกับการศึกษาของนัฐิรา ดวงจันทร์ และคณะ (2565) ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เช่นกัน (Mean=54.44, SD=17.46) การที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำหรือไม่เหมาะสม อาจจะมีสาเหตุจากข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมได้ ดังผลการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย ของ กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรรณิกاجر และดวงใจ ปันเจริญ (2565) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับปานกลาง และการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านดิจิทัลและความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทของประเทศไทยอินเดีย ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ (Rasekaba et al., 2022) ซึ่งการมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำหรือระดับที่ไม่เพียงพอนำมาซึ่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายประการ ทั้งผลกระทบด้านสุขภาพคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2561) อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต (AHRO, 2011; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011)

ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพ ดังนั้น การที่บุคคลจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพจึงขึ้นกับหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย อายุ โดยอายุที่มากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายระบบ เช่น ระบบประสาทที่ส่งผลให้ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และความสามารถในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ด้านการมองเห็นและการได้ยิน ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและการทำความเข้าใจต่อข้อมูลได้ลดลง จึงทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ที่อายุเพิ่มมากขึ้นจะอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ที่อายุน้อย (Mark, 2009) ปัจจัยด้านการศึกษา มีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเช่นกัน ดังผลการศึกษาของ นัชชา เรืองเกียรติกุล (2565) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างระดับการศึกษาและความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยระดับการศึกษาที่สูงจะช่วยให้บุคคลมีทักษะในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจได้ดีขึ้น จึงส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพดีขึ้น และมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา (2563) ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ พบว่า เพศชายมีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าเพศหญิง และปัจจัยด้านระยะเวลาในการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม พบว่า มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี มีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ปี และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

ผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ โดยมีการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และมีรายได้เพียงพอมีความรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก หรือเป็นโสด และมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เนื่องจากการมีสถานภาพสมรสคู่ทำให้มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงการมีรายได้ที่เพียงพอต่อรายจ่ายช่วยให้บุคคลได้ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มากขึ้น (Ansari et al., 2016; นัชชา เรื่องเกียรติกุล, 2565)

ปัจจุบันมีการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุหลายวิธี เช่น การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสังคมออนไลน์ มีการพัฒนากลไกการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ พัฒนาสื่อทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดียที่หลากหลาย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ จัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพที่คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตลอดจนการใช้กลวิธีให้สุศึกษาเพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลและกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้ทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุไทยยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนชนบท อาจเป็นเพราะกลุ่มประชากรสูงอายุอาจเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการเข้าถึงและรับข้อมูลข่าวสารได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น ด้วยข้อจำกัดจากความเสื่อมถอยด้านร่างกาย สติปัญญาและการรับรู้ และด้านสังคม มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพยังอยู่ในระดับไม่เพียงพอ รวมถึงความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพก็ยังมีข้อจำกัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพไม่เหมาะสม อีกทั้งยังมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทค่อนข้างน้อย ดังนั้น การศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทและคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เพื่อคงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่อธิบายความรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้ทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ซึ่งคุณลักษณะสำคัญของความรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่งข้อมูล ความสามารถในการแยกแยะข้อมูลระหว่างแต่ละแหล่งข้อมูล ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นความสามารถในการฟัง พูด อ่าน และเขียน 2) ความรู้ทางสุขภาพระดับสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะในการสกัดข้อมูลให้ความหมายข้อมูลจากการสื่อสาร และทักษะในการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และ

ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นให้ข้อมูลอย่างมั่นใจ 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะทางปัญญา และสังคมขั้นสูง คือความสามารถในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพจะสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ โดยอายุที่มากขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ ได้ลดลง ร่วมกับความสามารถในการสื่อสารที่บกพร่องจากข้อจำกัดด้านการมองเห็นและการได้ยิน ในด้านของระดับการศึกษา พบว่า ส่งผลโดยตรงต่อทักษะการอ่านเขียน วิเคราะห์และตัดสินใจ นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวบางโรคในผู้สูงอายุอาจมีผลต่อการลดลงของระดับสติปัญญาที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับทักษะทางสังคม พบว่า การมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น เช่น การเป็นสมาชิกชมรม การมีแหล่งช่วยเหลือในการเข้าถึงข้อมูล การช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวมีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการวิจัยนี้จึงคาดว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลที่กำหนดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlation descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทภาคเหนือของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) อาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม
2. แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วยคุณลักษณะของความรอบรู้ทางสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข จำนวน 2 ข้อ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และการตัดสินใจทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน กรณีข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน และ ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบใช่ ให้ 0 คะแนน และ ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-35 คะแนน การแปลผลคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม โดยยึดเกณฑ์คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป เป็นความรอบรู้ทางสุขภาพระดับสูง ถ้าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 80 เป็นความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .98 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 (KR-20) ได้เท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุมัติเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 เลขที่โครงการ: 2562-030 รหัสโครงการ: 2562-FULL013 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบประเมินออนไลน์ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงสาธารณสุขอำเภอสาร์ภี นายกเทศมนตรีตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

3. ผู้วิจัยชี้แจง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย วิธีใช้แบบประเมินออนไลน์เพื่อรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การแจ้งสิทธิในการยืนยันการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการให้ข้อมูลในโครงการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบประเมิน และการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

4. ผู้วิจัยและอสม. สํารวจรายชื่อผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปในบัญชีรายชื่อของเทศบาล และตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น คืออาศัยอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี และสื่อสารภาษาไทยได้ จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังกล่าว ให้ได้จำนวน 265 คน

5. ในวันนัดหมายเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและอสม. พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อตัดสินใจยืนยัน หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอม

6. ผู้วิจัยและอสม. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเรียงลำดับจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยและอสม. อ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุตอบโดยไม่มี การอธิบายเพิ่มเติม ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้ทางสุขภาพวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรู้ทางสุขภาพเนื่องจากข้อมูลความรู้ทางสุขภาพเมื่อตรวจสอบการกระจายของ

ข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Kolmogorov smirnov test) แล้วพบข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 ราย นำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.91 เพศชาย ร้อยละ 35.09 อายุเฉลี่ย 67.68 ปี ($SD=7.04$) โดยมีอายุในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 69.06 รองลงมาคือ 70-79 ปี ร้อยละ 21.51 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.77 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 99.62 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 81.88 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.43 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 27.50 มีรายได้เพียงพอและไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 41.13 รองลงมา มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 38.87 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.38 และกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมมากที่สุด ร้อยละ 73.58

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.15 และมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.85 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 70.94 ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการตัดสินใจทางสุขภาพ และด้านการอ่านและเข้าใจตัวเลขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.79, 87.17, และ 84.53 ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ($n=265$)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ความรอบรู้ทางสุขภาพ	
	ระดับต่ำ	ระดับสูง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม	170 (64.15)	95 (35.85)
ความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้าน		
ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	188 (70.94)	77 (29.06)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	35 (13.21)	230 (86.79)
ด้านการตัดสินใจสุขภาพ	34 (12.83)	231 (87.17)
ด้านการอ่านและเข้าใจตัวเลข	41 (15.47)	224 (84.53)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเป็นสมาชิกชมรม และโรคประจำตัว และความรอบรู้ทางสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ($n=265$)

ปัจจัย	จำนวน	ความรอบรู้ทางสุขภาพ		p-value
		ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	93	53 (31.18)	40 (42.11)	.074
หญิง	172	117 (68.82)	55 (57.89)	
อายุ				
< 70 ปี	183	108 (63.53)	75 (78.95)	.009*
≥ 70 ปี	82	62 (36.47)	20 (21.05)	
สถานภาพสมรส				
โสด หม้าย หย่า/แยก	96	57 (33.53)	39 (41.05)	.222
คู่	169	113 (66.47)	56 (58.95)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	11	10 (5.88)	1 (1.05)	.079
ประถมศึกษา	217	140 (82.35)	77 (81.06)	
สูงกว่าประถมศึกษา	37	20 (11.77)	17 (17.89)	
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอและมีเก็บ	103	80 (47.06)	23 (24.21)	.000*
เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ/ไม่เพียงพอ	162	90 (52.94)	72 (75.79)	
อาชีพปัจจุบัน				
เกษตรกร	94	57 (39.04)	37 (31.11)	.748
รับจ้าง	73	49 (33.56)	24 (20.17)	
ค้าขาย	28	12 (8.22)	16 (13.45)	
ไม่ทำงาน	70	28 (19.18)	42 (35.29)	
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม				
ไม่เป็น	195	129 (75.88)	66 (69.47)	.256
เป็น	70	41 (24.12)	29 (30.53)	
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	105	72 (42.35)	33 (34.74)	.224
มีโรคประจำตัว	160	98 (57.65)	62 (65.26)	

* $p<.01$

อภิปรายผล

ผลการศึกษสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีระดับความรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ มีถึงร้อยละ 70.94 อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีทักษะด้านสติปัญญาและทักษะด้านสังคมค่อนข้างต่ำ ทำให้เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้น้อย ทักษะในการฟัง พูด อ่าน และเขียน เช่น การอ่านฉลากยา หรือแผ่นพับด้านสุขภาพ การพูดสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ และทักษะในการทำความเข้าใจคำแนะนำด้านสุขภาพที่ได้รับน้อยลงนอกจากนี้ยังขาดทักษะการให้ความหมายข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึงการสกัดข้อมูลที่จำเป็นและทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม รวมถึงการขาดทักษะการคิดวิเคราะห์ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เข้าถึงเพื่อการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้ นอกจากนี้อาจจะเกิดจากการที่ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.03 ยังไม่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 73.58 ซึ่งในชมรมจะมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสุขภาพเป็นประจำและต่อเนื่อง กิจกรรมเหล่านี้ เกิดจากความคิดริเริ่มจากผู้สูงอายุ เป็นการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงวัยอย่างแท้จริง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการรักษาสุขภาพตนเอง ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้ในกิจกรรมต่างๆสู่เพื่อนผู้สูงอายุด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยของ นัชชา เรื่องเกียรติกุล (2565) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำนวน 778 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 52.83 มีความรู้ทางสุขภาพระดับปานกลาง และระดับน้อย ร้อยละ 4.88 และเกือบครึ่ง ร้อยละ 42.28 มีความรู้ทางสุขภาพในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองในจังหวัดราชบุรีของเยาวลักษณ์ มีบุญมาก, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ และจิรยา อินทนา (2562) จำนวนกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง 240 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.3 มีความรู้ทางสุขภาพระดับพอใช้ ระดับปรับปรุง ร้อยละ 17.8 และระดับดี ร้อยละ 13.0 สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ เช่น การศึกษาในประเทศอิหร่านรายงานว่าผู้สูงอายุในชนบท ร้อยละ 79 มีระดับความรู้ทางสุขภาพต่ำ (Ansari et al., 2016) ส่วนประเทศอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุทั้งเขตเมืองและชนบทเพียง ร้อยละ 3 ที่มีความรู้ทางสุขภาพที่ดีพอ (Kutner, Greenburg, Jin, & Paulsen, 2006) และในประเทศสวีเดนที่ศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งเขตเมืองและชนบทจำนวน 1,625 คน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 6.8 มีความรู้ทางสุขภาพระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 24.6 มีความรู้ทางสุขภาพระดับมีปัญหา และร้อยละ 68.6 ที่มีความรู้ทางสุขภาพระดับเพียงพอ (Meier, Vilpertbc, Borrat-Bessonc, Joxde, & Maurer, 2022) ส่วนการศึกษาในประชากรที่อยู่ในชุมชนชนบทในประเทศอินโดนีเซียก็พบข้อมูลใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาคือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทความรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ (Nurjanah & Mubarakah, 2019)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรอบรู้ทางสุขภาพ

ส่วนปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยผู้ที่อายุมากจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำหรือน้อย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นระดับสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive function) จะลดลง โดยเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองคือ การสูญเสียการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท (synapse) การทำงานของโครงข่ายประสาท (neural network) ซึ่งระดับสติปัญญาและการรับรู้เป็นตัวกำหนดทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และตัดสินใจในการนำข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ (Murman, 2015) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด และประมาณ ร้อยละ 10 มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนั้นการลดลงของระดับสติปัญญาและการรับรู้จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล ซึ่งการเรียนรู้ของบุคคลจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 40-50 ปี และจะลดลงมากขึ้นเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีแต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง (Sumalrot & Suksawai, 2015) นอกจากนั้นเมื่ออายุที่มากขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในการมองเห็นและการได้ยินที่ลดลงซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการอ่าน การเขียน หรือการฟัง รวมถึงความสามารถในการสื่อสารที่ลดลง (Cavazzana et al., 2018) จึงเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และอาจจะด้วยสาเหตุของการลดลงของความสามารถด้านร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพลดลง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานครของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความรอบรู้ทางสุขภาพ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นัชชา เรืองเกียรติกุล (2565) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุไทย และการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุประเทศอิหร่าน (Ansari et al., 2016) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความรอบรู้ทางสุขภาพเช่นกัน

สำหรับปัจจัยความเพียงพอของรายได้ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอหรือมีรายได้เหลือเก็บจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการมีรายได้ที่เพียงพอช่วยให้ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้หลากหลายช่องทาง เช่น สื่อออนไลน์ซึ่งต้องมีอุปกรณ์สื่อสารและการจ่ายค่าบริการ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอหรือมีรายได้เหลือเก็บจะสามารถจ่ายค่าบริการต่าง ๆ เพื่อการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้ ดังการศึกษาผลของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่อความรอบรู้ด้านข้อมูลด้านสุขภาพ (health information literacy) ในผู้สูงอายุในชุมชนเมืองประเทศจีน ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจต่ำจะมีความรอบรู้ด้านข้อมูลด้านสุขภาพที่สูง (Li & Guo, 2021) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของนัชชา เรืองเกียรติกุล (2565) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การมีโรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกชมรม ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2563) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง

สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคประจำตัวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ และผลการศึกษาของ นัชชา เรืองเกียรติกุล (2565) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส และโรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้บางคุณลักษณะไม่กระจายตัว เช่น ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นสมาชิกชมรม การมีโรคประจำตัว ดังนั้น จึงอาจเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะดังกล่าวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีระดับความรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ควรตระหนักถึงข้อจำกัดดังกล่าว และวางแผนการส่งเสริมเพื่อเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ
2. จากผลการศึกษา พบว่า อายุและความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรตระหนักถึงปัจจัยด้านอายุที่อาจเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้ความสำคัญกับความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดำเนินโครงการหรือจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นการศึกษาค้างต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำมาสู่การได้องค์ความรู้เพื่อการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุ
2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ทางสุขภาพซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่ไม่ระบุความเป็นเหตุและผล ดังนั้นการศึกษาค้างต่อไป ควรศึกษาในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อการจัดกระทำในการวิจัยเชิงทดลองต่อไป
3. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุตอนต้นคืออายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปีประมาณสองในสาม ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางหรือตอนปลายได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย
4. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่สูงได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่สูงกว่ากับการศึกษาระดับประถมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนอุดหนุนการศึกษาค้างนี้

เอกสารอ้างอิง

- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26-36.
- กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกนกัจจ, และดวงใจ ปิ่นเจริญ. (2565). ความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 200-212.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและณฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กระทรวงสาธารณสุข กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรม/ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารประชากรศาสตร์*, 63(2), 37-52.
- นัฐธิดา ดวงจันทร์, เกษมณี อภิวัฒน์สมบัติ, ญาณิน แสงว้าน, อธิภัทร์ กลมกลิ้ง, ปัสสร มั่นบัว, ปรีชาดี บันดาลปิติ, ..., อัสนี วันชัย. (2565). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข*, 1(1) 28-39.
- นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 47(1), 80-86.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, และจิริยา อินทนา. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(ฉบับพิเศษ), 129-141.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ. ศ. 2562-2563*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). *การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะ ที่ 1)*, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4926>
- AHRO. (2011). *Health literacy interventions and outcome: an updated systematic review*. Retrieved February 16, 2018, from <https://doi.org/AHRQ Pub.No.11-E006-1>
- Ansari, H., Almasi, Z., Ansari-Moghaddam, A., Mohammadi, M., Peyvand, M., Hajmohammad, M., ... Bagheri, F. (2016). Health literacy in older adults and its related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope*, 5(4), e37453. doi:10.17795/jhealthscope-37453.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.

- Cavazzana, A., Roßborn, A., Garthus-Niegel, S., Larsson, M., Hummel, T., & Croy, I. (2018). Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *PLoS ONE* 13(8): e0202969.
- Edelman, C. L., & Mandle, C. L. (2006). *Health promotion throughout the lifespan* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of america's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy* (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Li, C. & Guo, Y. (2021). The effect of socio-economic status on health information literacy among urban older adults: evidence from Western China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3501. doi:10.3390/ijerph18073501
- Mark, L. (2009). Health literacy and the elderly. *Osteopathic Family Physician*, 1(3), 64-69.
- Meier, C., Vilpert, S., Borrat-Besson, C., Jox, R. J., & Maurer, J. (2022). Health literacy among older adults in Switzerland: cross-sectional evidence from a nationally representative population-based observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152, w30158. doi:10.4414/smww.2022.w30158
- Murman D. L. (2015). The impact of age on cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3), 111-121.
- Mubarokah, N. K. (2018). Health literacy and health behavior in the Rural Areas. *KnE Life Sciences*, 8-16.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nurjanah & Mubarokah, K. (2019). Health literacy and health behavior in the rural areas" in the 3rd international meeting of public health and the 1st young scholar symposium on public health. *KnE Life Sciences*, 8-16. doi:10.18502/cls.v4i10.3702
- Rasekaba, T. M., Pereira, P., Rani, G. V., Johnson, R., McKechnie, R., & Blackberry, I. (2022). Exploring telehealth readiness in a resource limited setting: digital and health literacy among older people in Rural India (DAHLIA). *Geriatrics*, 7(2), 28.
- Smith, S. G., O'Connor, R., Curtis, L. M., Waite, K., Deary, I. J., Paasche, O. M., ... Wolf, M. S. (2015). Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *Epidemiology Community Health*, 20, 1-7.
- Sumalrot, T., & Suksawai, H. N. (2015). Aging in the world of work: biopsychosocial perspectives. *Panyapiwat Journal*, 7(1), 242-254.
- United Nations World Population Ageing. (2020). *World population ageing 2020 Highlights*. New York: United Nations Publication.