

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 : การศึกษาด้วยแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี^{1*} ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี² บุชรินทร์ พูนนอก³ ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์⁴

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 2,000 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือคือแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป แปลจาก Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU-Q47) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมกราคม-มีนาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Index) ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (62.6%) สมรสหรืออยู่กับคู่ชีวิต (61.1%) อายุระหว่าง 70-79 ปี (32.8%) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (81.9%) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ (87.9%) ไม่ได้ทำงาน (60.9%) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (75.0%) ค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพรวมเท่ากับ 30.86 (SD=6.89) แปลผลอยู่ในระดับ “เป็นปัญหา” เมื่อจำแนกรายมิติพบว่า ค่าเฉลี่ย HLI ในมิติการดูแลรักษาเท่ากับ 31.32 (SD=7.40) มิติการป้องกันโรคเท่ากับ 31.31 (SD=7.26) และมิติการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 29.98 (SD=7.62) ทั้งสามมิติแปลผลในระดับ “เป็นปัญหา” เมื่อพิจารณาสมรรถนะในกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพพบว่าค่าเฉลี่ย HLI จากมากไปน้อยได้แก่ 1) การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =32.17, SD=7.35), 2) การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพ (\bar{X} =31.07, SD=7.37), 3) การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =30.51, SD=7.39), และ 4) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =29.98, SD=7.56) ระดับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะในกระบวนการความรู้ด้านสุขภาพ แปลผลในระดับที่ “เป็นปัญหา” ผลการศึกษาเสนอแนะให้มีการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในทุกมิติ และทุกสมรรถนะต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ/ผู้สูงอายุ/แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป

*Corresponding author: สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, E-mail: DoctorSinsakchon@gmail.com, โทร: 0815485849

Received: May 14, 2022 / Revised: May 22, 2022 / Accepted: June 1, 2022

**Health Literacy Levels among Elderly in Health Region 9 :
A Study with The European Health Literacy Survey (HLS-EU) Questionnaire**

**Sinsakchon Aunprom-me^{1*}, Srisaowalak Aunprom-me², Budsarin Phoonnok³,
Thanawat Thitithananan⁴**

¹Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

³Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

⁴Assistant Professor, Faculty of Education, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

The objective of this descriptive cross-sectional study was to examine health literacy level among elderly in Health Region 9 (Nakhon Ratchasima, Chaiyaphum, Buriram and Surin). The samples were 2,000 elderly aged 60 years or older randomly selected through multi-stage sampling. Instrument was the European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q47)-Thai version with the overall Cronbach's alpha coefficient of 0.97. The data were collected during January and March 2019. Personal information and Health Literacy Index (HLI) were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results showed that most of the samples were females (62.6%), were married or lived with their spouses (61.1%), were 70-79 years old (32.8%), completed primary schools (81.9%), could read and write (87.9%), did not work (60.9%), and were enrolled in the universal health care coverage scheme (75.0%). Their overall health literacy index-HLI (ranging from 0-50) was 30.86 (SD=6.89) and was interpreted as "problematic" in the health literacy process. The average HLI in three health dimensions (health care, disease prevention, and health promotion) were as follows: health care = 31.32 (SD=7.40), disease prevention = 31.31 (SD=7.26), and health promotion = 29.98 (SD=7.62). Health literacy in all 3 health dimensions were interpreted as "problematic". Their HLI in the health literacy process from highest to lowest were: 1) understanding health information (\bar{X} =32.17, SD=7.35), 2) applying health information (\bar{X} =31.07, SD=7.37), 3) judging health information (\bar{X} =30.51, SD=7.39), and 4) finding health information (\bar{X} =29.98, SD=7.56) respectively, and were interpreted as "problematic" in all steps of health literacy process. These findings suggested for the promotion of health literacy in all dimensions and process to improve competencies among elderly in dealing with health information.

Keywords: Health literacy/Elderly/The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47)

*Corresponding author: Sinsakchon Aunprom-me , E-mail: DoctorSinsakchon@gmail.com, Tel: 0815485849

Received: May 14, 2022 / Revised: May 22, 2022 / Accepted: June 1, 2022

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2565 แสดงว่าประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 65,190,610 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,170,864 คน คิดเป็นร้อยละ 18.67 ของประชากรทั้งหมด¹ และมีการคาดการณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2565 ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีสัดส่วนเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ส่งผลให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society)²

จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองในการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน การศึกษาพฤติกรรมกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพออนไลน์ในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยหาข้อมูลผ่านระบบมีเดียถึงร้อยละ 75.3 ส่วนใหญ่เป็นการหาข้อมูลรูปแบบการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 11.4) การรักษาพยาบาล (ร้อยละ 11.0) และการใช้ยาโรค (ร้อยละ 9.9)³ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ⁴ ตามคำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ที่แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐานหรือระดับการใช้งาน (Basic or functional health literacy) ระดับมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative or interactive health literacy) และระดับมีวิจารณญาณ (Critical health literacy)⁵ และ Sørensen เสนอแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการดูแลสุขภาพ (Health care) มิติการป้องกันโรค (Disease prevention) และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)⁶ ซึ่งทั้ง 3 มิตินี้มีบริบทที่แตกต่าง ใช้ทักษะที่แตกต่าง และมีเป้าหมายในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารที่ต่างกันการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับประเทศ เป็นการสำรวจกับกลุ่มประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป⁷ ไม่ได้เจาะจงศึกษาเกี่ยวกับประชากรกลุ่มสูงอายุโดยเฉพาะ หรือเน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือโรคที่เฉพาะเจาะจง เช่น การพลัดตกหกล้ม⁸ โรคข้อเข่าเสื่อม⁹ และโรคความดันโลหิตสูง¹⁰ เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า มีการศึกษาในหลายพื้นที่ และส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ¹¹⁻¹⁶ ไม่ได้จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายมิติ ทั้งยังไม่มีการศึกษาในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 โดยเน้นสมรรถนะของการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในแต่ละมิติที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยสามารถนำผลการศึกษารั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนายุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษารั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์)

กรอบแนวคิดการวิจัย

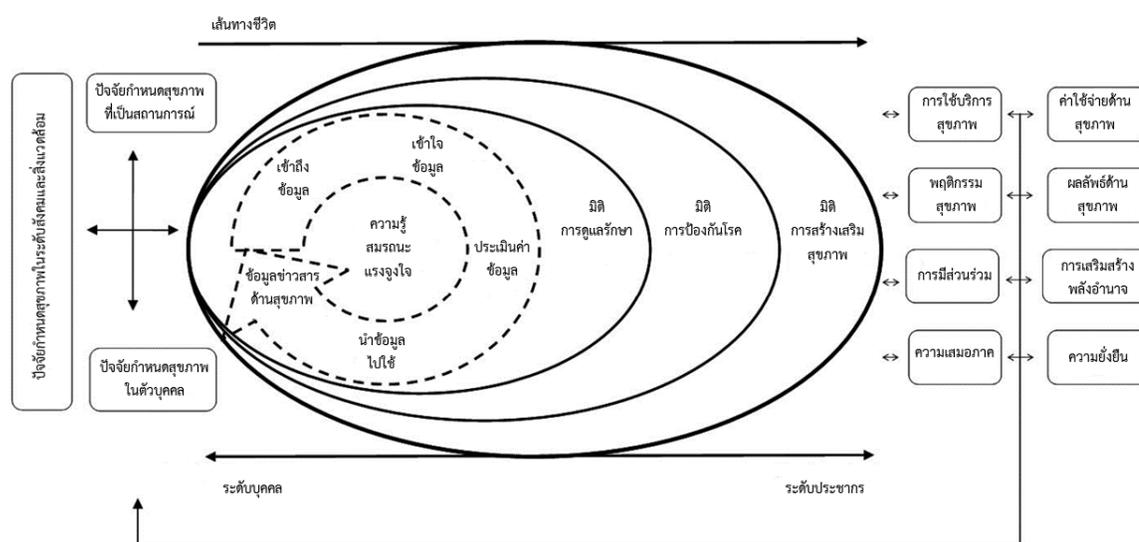
การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen⁶ ที่เสนอสมรรถนะของความรู้ด้านสุขภาพในการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health information) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การเข้าถึง (Access) คือความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
- 2) การเข้าใจ (Understand) คือความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึง
- 3) การประเมินค่า (Appraise) คือความสามารถในการตีความ ประเมินค่า และตัดสินใจเลือกข้อมูล
- 4) การนำไปใช้ (Apply) คือ ความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพจากข้อ 1, 2 และ 3 ไปใช้ในการสื่อสาร ดูแลรักษา และปรับปรุงสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

สมรรถนะเหล่านี้จะสร้างความรู้และทักษะที่สำคัญสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพ 3 มิติ ได้แก่

- 1) มิติการดูแลรักษา (Health care) ในกรณีที่บุคคลมีภาวะเจ็บป่วยและต้องรับการรักษาพยาบาล
- 2) มิติการป้องกันโรค (Disease prevention) ในกรณีที่บุคคลมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
- 3) มิติการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ในกรณีปกติที่บุคคลต้องการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

ทั้งสมรรถนะและมิติการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคล (Individual level) และระดับประชากร (Population level) และเกิดขึ้นตลอดช่วงอายุ ตั้งแต่เกิดจนตาย (Life course) ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen⁶

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 ทั้ง 4 จังหวัดได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุชาวไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและอาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 จากข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2561¹⁷ มีจำนวนประชากรกลางปี ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 1,105,228 คน แบ่งเป็นประชากรแต่ละจังหวัดดังนี้ นครราชสีมา 436,544 คน ชัยภูมิ 198,727 คน บุรีรัมย์ 246,327 คน และสุรินทร์ 223,630 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรคำนวณเมื่อทราบจำนวนประชากร¹⁸ ดังนี้

$$n = \frac{P(1 - P)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{P(1 - P)}{N}}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนลักษณะที่สนใจในประชากร ในที่นี้กำหนดให้ P เท่ากับ 0.5

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนดให้ e เท่ากับ 0.05

Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ความคลาดเคลื่อน 0.05) กำหนดให้ $Z = 1.96$

N = จำนวนประชากร

การคำนวณจากสูตร ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดตั้งแต่ 383.4188 ถึง 384.0265 ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ในกรณีที่แบบสอบถามมีการสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ โดยอ้างอิงอัตราการตอบกลับ (Response rate) จากงานวิจัยของ Sørensen et al.¹⁹ ที่สำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในประชากรจาก 8 ประเทศในสหภาพยุโรปด้วยแบบสอบถามเดียวกัน ได้อัตราการตอบกลับแต่ละประเทศตั้งแต่ ร้อยละ 75 ถึง 36 โดยมีอัตราการตอบกลับในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 69 ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างศึกษาร้อยละ 30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดปัดขึ้นเป็นจำนวนเต็มจังหวัดละ 500 คน รวม 4 จังหวัดเท่ากับ 2,000 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยในขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกอำเภอจำนวน 3 อำเภอในแต่ละจังหวัด ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกตำบลจากขั้นตอนที่ 1 จำนวน 2 ตำบล ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุจำนวนตำบลละประมาณ 80-90 คน จนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละจังหวัดครบ เกณฑ์คัดเข้าคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ยินดีให้ข้อมูล สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้หรือสามารถเข้าใจภาษาไทยได้กรณีไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกคือผู้สูงอายุปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ-ฉบับภาษาไทย ที่แปลด้วยเทคนิคการแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (Forward-only translation with testing)²⁰ จาก Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) ที่พัฒนาโดย Sørensen et al.²¹ แบบสอบถามฉบับนี้มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ มี 10 ข้อ และส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามที่ถามสมรรถนะในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ในกระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการดูแลสุขภาพ มิติการป้องกันโรค และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1) ยากมาก 2) ค่อนข้างยาก 3) ค่อนข้างง่าย และ 4) ง่ายมาก ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มีคำตอบอย่างน้อยร้อยละ 90 (43 จาก 47 ข้อ) จึงนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้ดัชนีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 ตัวอย่างข้อคำถามแต่ละมิติและแต่ละกระบวนการ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างข้อคำถามของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ-ฉบับภาษาไทย

มิติความรอบรู้ด้านสุขภาพและกระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ตัวอย่างข้อคำถาม
<i>ท่านคิดว่าการปฏิบัติต่อไปนี้มีความยากขนาดไหน ตั้งแต่ ยากมาก-ยาก-ง่าย-ง่ายมาก</i>	
การดูแลสุขภาพ	
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	หาข้อมูลการรักษาการเจ็บป่วยของตนเอง
- การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร	ทำความเข้าใจกับคำอธิบายการใช้ยา
- การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสาร	พิจารณาข้อดีข้อเสียของการรักษาแต่ละแบบ
- การนำข้อมูลข่าวสารไปใช้	ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา
การป้องกันโรค	
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	หาข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน การตรวจสุขภาพ หรือการตรวจคัดกรองสุขภาพ
- การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร	ทำความเข้าใจกับเหตุผลที่จำเป็นต้องฉีดวัคซีน
- การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสาร	ตัดสินใจได้ว่าจะฉีดวัคซีนชนิดไหน
- การนำข้อมูลข่าวสารไปใช้	แนะนำญาติพี่น้องเรื่องการป้องกันโรค
การสร้างเสริมสุขภาพ	
- การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	หาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย อาหารที่มีประโยชน์
- การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร	เข้าใจข้อมูลที่อยู่บนสลากของผลิตภัณฑ์อาหาร
- การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสาร	เลือกวิธีการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร
- การนำข้อมูลข่าวสารไปใช้	เข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2562 โดยประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่สุ่มเลือกได้ในขั้นตอนที่ 1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในตำบลที่สุ่มเลือกได้ในขั้นตอนที่ 2 เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้สูงอายุที่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยช่วยเหลือกรณีมีข้อสงสัยหรือไม่สามารถอ่านข้อความได้ชัดเจน ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ตอบเลือกคำตอบ หลังเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามแต่ละชุด แบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์จะต้องมีจำนวนข้อที่ตอบเกินร้อยละ 90²² (43 ข้อจาก 47 ข้อ) จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับและมีความสมบูรณ์เท่ากับ 2,000 ชุด มีอัตราการตอบกลับเท่ากับร้อยละ 100 ประมวลผลข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและดัชนีความรู้ด้านสุขภาพด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้วิจัยนำคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในรายมิติ (มิติการดูแลรักษา มิติการป้องกันโรค และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ) และในแต่ละสมรรถนะที่ผู้สูงอายุต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การตัดสินใจเลือก และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง) มาคำนวณค่าดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Index-HLI) โดยใช้สูตร²³

$$HLI = (mean - 1) \times \left(\frac{50}{3}\right)$$

โดยกำหนดให้

HLI = ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ

Mean = ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ

ค่าดัชนีความรู้ด้านสุขภาพที่คำนวณได้จะมีค่าตั้งแต่ 0-50 โดยกำหนดให้ค่าดัชนีแต่ละช่วงมีการแปลผลดังนี้²³

- 0-25 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy)
- >25-33 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy)
- >33-42 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (Sufficient health literacy)
- >42-50 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยม (Excellent health literacy)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธและขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยรายงานข้อมูลที่ได้ในภาพรวม รวมถึงจัดเก็บเอกสารไว้ในที่ปลอดภัย

และทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการศึกษา งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 036

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 เป็นดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,000 คน อาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 505 คน (ร้อยละ 25.25) จังหวัดชัยภูมิจำนวน 495 คน (ร้อยละ 24.75%) จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 497 คน (ร้อยละ 24.85) และจังหวัดสุรินทร์จำนวน 503 คน (ร้อยละ 25.15) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 1,251 คน (ร้อยละ 62.6) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสหรืออยู่กับคู่ชีวิต จำนวน 1,221 คน (ร้อยละ 61.1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-98 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 656 (ร้อยละ 32.8) และมีอายุเฉลี่ย 70.18 ปี (SD = 7.52) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 1,632 คน (ร้อยละ 81.9) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ จำนวน 1,744 คน (ร้อยละ 87.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 1,198 คน (ร้อยละ 60.9) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 1,484 คน (ร้อยละ 75.0) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n=2,000)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	749	62.6
หญิง	1,251	37.4
อยู่ด้วยกันกับคู่สมรสหรือไม่		
อยู่กับคู่สมรส	1,221	61.1
ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส	777	38.9
อายุ		
60-64 ปี	541	27.1
65-69 ปี	534	26.7
70-79 ปี	656	32.8
80 ปีขึ้นไป	267	13.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	67	3.4
ประถมศึกษาแต่ไม่จบ ป.6	74	3.7
จบประถมศึกษาปีที่ 6	1,632	81.9
มัธยมศึกษา แต่ไม่จบ ม.6	64	3.2
จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า	155	7.8
สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้หรือไม่		
อ่านและเขียนหนังสือได้	1,744	87.9
อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้	241	12.1
สถานภาพการทำงาน		
ทำงาน (เต็มเวลาหรือบางเวลา)	770	39.1
ไม่ได้ทำงาน	1,198	60.9
สิทธิ์การรักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1,484	75.0
สิทธิ์รักษาอื่น	495	25.0

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 มีรายละเอียด ดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy index-HLI) ในภาพรวมของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 เท่ากับ 30.86 (SD=6.89) แปลผลเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (n=1,031; 51.6%) รองลงมาคือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (Sufficient health literacy) (n=545; 27.3%) ระดับที่ไม่เพียงพอ (Insufficient health literacy) (n=313; 15.7%) และระดับดีเยี่ยม (Excellent health literacy) (n=111; 5.6%) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายมิติ

ก) มิติการดูแลรักษา (Health care settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการดูแลรักษาของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 เท่ากับ 31.32 (SD=7.40) แปลผลเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหา (ตารางที่ 3) ในมิติการดูแลรักษา ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (n=821; 41.1%) รองลงมาคือระดับที่

เพียงพอ (n=695; 34.8%) ระดับไม่เพียงพอ (n=346; 17.3%) และระดับดีเยี่ยม (n=138; 6.9%) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ข) มิติการควบคุมโรค (Disease prevention settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในด้านการควบคุมโรคของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 เท่ากับ 31.31 (SD=7.26) แปลผลเป็นระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหา (ตารางที่ 3) ในมิติการควบคุมโรคนี้ ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (n=797; 39.9%) รองลงมาคือระดับที่เพียงพอ (n=721; 36.1%) ระดับไม่เพียงพอ (n=330; 16.5%) และระดับดีเยี่ยม (n=152; 7.6%) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ค) มิติการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 เท่ากับ 29.98 (SD=7.62) แปลผลเป็นระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหา (ตารางที่ 3) ในมิติการสร้างเสริมสุขภาพนี้ ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (n=860; 43.0%) รองลงมาคือระดับที่เพียงพอ (n=608; 30.4%) ระดับไม่เพียงพอ (n=436; 21.8%) และระดับดีเยี่ยม (n=96; 4.8%) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกันทั้ง 3 มิติแล้ว พบว่า มิติที่มีค่าดัชนีความรู้ด้านสุขภาพสูงสุดคือ มิติการดูแลรักษา ($\bar{X}=31.32$, SD=7.40) และมิติการป้องกันโรค ($\bar{X}=31.21$, SD=7.40) ตามด้วยมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X}=29.98$, SD=7.62)

3) ความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะในกระบวนการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ก) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Finding health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 29.98 (SD=7.56) แปลผลว่าความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (n=772; 38.6%) รองลงมาคือระดับที่เพียงพอ (n=658; 32.9%) ระดับที่ไม่เพียงพอ (n=469; 23.5%) ระดับที่ไม่เพียงพอ (n=469; 23.5%) และระดับดีเยี่ยม (n=101; 5.1%) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ข) การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Understanding health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 32.17 (SD=7.35) แปลผลว่าความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (n=820; 41.0%) รองลงมาคือระดับที่เป็นปัญหา (n=735; 36.8%) ระดับที่ไม่เพียงพอ (n=256; 12.8%) และระดับดีเยี่ยม (n=189; 9.5%) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ค) การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Judging health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 30.51 (SD=7.39) แปลผลว่าความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (n=775; 38.8%) รองลงมาคือระดับที่เพียงพอ (n=680; 34.0%) ระดับที่ไม่เพียงพอ (n=435; 21.8%) และระดับดีเยี่ยม (n=110; 5.5%) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ง) การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ (Applying health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพเท่ากับ 31.07 (SD=7.37) แปลผลว่าความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (n=821; 41.1%) รองลงมาคือระดับที่เพียงพอ (n=685; 34.3%) ระดับที่ไม่เพียงพอ (n=346; 17.3%) และระดับดีเยี่ยม (n=148; 7.4%) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกันทั้ง 4 สมรรถนะ พบว่า สมรรถนะที่มีค่าดัชนีความรู้ด้านสุขภาพสูงสุดคือ ขั้นตอนการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}=32.17$, SD=7.35) ส่วนอีก 3 ขั้นตอนนั้นมีค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกัน เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ขั้นตอนการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ ($\bar{X}=31.07$, SD=7.37) ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}=30.51$, SD=7.39) และขั้นตอนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($\bar{X}=29.98$, SD=7.56) และ ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม จำแนกตามมิติ และจำแนกตามสมรรถนะ

ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	30.86	6.89	เป็นปัญหา
ความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ			
มิติการดูแลสุขภาพ	31.32	7.40	เป็นปัญหา
มิติการป้องกันโรค	31.31	7.26	เป็นปัญหา
มิติการสร้างเสริมสุขภาพ	29.96	7.62	เป็นปัญหา
ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะ			
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	29.98	7.56	เป็นปัญหา
การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสาร	32.17	7.35	เป็นปัญหา
การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสาร	30.51	7.39	เป็นปัญหา
การนำข้อมูลข่าวสารไปใช้	31.07	7.37	เป็นปัญหา

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ในรายมิติ และในรายสมรรถนะ

ระดับของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ	n	%
ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม		
ไม่เพียงพอ (0-25)	313	15.7
เป็นปัญหา (>25-33)	1,031	51.6
เพียงพอ (>33-42)	545	27.3
ดีเยี่ยม (>42-50)	111	5.6
ความรู้ด้านสุขภาพในมิติการดูแลรักษา		
ไม่เพียงพอ (0-25)	346	17.3
เป็นปัญหา (>25-33)	821	41.1
เพียงพอ (>33-42)	695	34.8
ดีเยี่ยม (>42-50)	138	6.9
ความรู้ด้านสุขภาพในมิติการป้องกันโรค		
ไม่เพียงพอ (0-25)	330	16.5
เป็นปัญหา (>25-33)	797	39.9
เพียงพอ (>33-42)	721	36.1
ดีเยี่ยม (>42-50)	152	7.6
ความรู้ด้านสุขภาพในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	436	21.8
เป็นปัญหา (>25-33)	860	43.0
เพียงพอ (>33-42)	608	30.4
ดีเยี่ยม (>42-50)	96	4.8
ความรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	469	23.5
เป็นปัญหา (>25-33)	772	38.6
เพียงพอ (>33-42)	658	32.9
ดีเยี่ยม (>42-50)	101	5.1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ระดับของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	%
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	256	12.8
เป็นปัญหา (>25-33)	735	36.8
เพียงพอ (>33-42)	820	41.0
ดีเยี่ยม (>42-50)	189	9.5
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	435	21.8
เป็นปัญหา (>25-33)	775	38.8
เพียงพอ (>33-42)	680	34.0
ดีเยี่ยม (>42-50)	110	5.5
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้		
ไม่เพียงพอ (0-25)	346	17.3
เป็นปัญหา (>25-33)	821	41.1
เพียงพอ (>33-42)	685	34.3
ดีเยี่ยม (>42-50)	148	7.4

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (เป็นเพศชายร้อยละ 62.6 เพศหญิงร้อยละ 37.4) มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 53.8) จบการศึกษาน้อยระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 81.9) และสามารถอ่านออกเขียนได้ร้อยละ 87.9 นับเป็นลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับลักษณะของประชากรในภาพรวมของประเทศไทยจากสถิติประชากรศาสตร์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹⁷

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 แสดงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ในแต่ละมิติ (มิติการดูแลสุขภาพ, การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ) และการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละสมรรถนะ (การเข้าถึง, การทำความเข้าใจ, การตัดสินใจเลือก และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง) ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา เมื่อวิเคราะห์รายมิติ และสมรรถนะ พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุดในมิติการสร้างเสริมสุขภาพ

(\bar{X} =29.96, SD=7.62) และในสมรรถนะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (\bar{X} =29.98, SD=7.56) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sørensen et al.¹⁹ และวิเคราะห์ได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ไม่ตายตัว สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความไม่แน่ใจ ทั้งผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการโฆษณาในหลากหลายสื่อและหลากหลายรูปแบบ ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ETDA)²⁴ ระบุว่าผู้สูงอายุไทยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางอินเทอร์เน็ตผ่านแอปพลิเคชันไลน์ถึงร้อยละ 94.9 แสดงให้เห็นถึงโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้สัมผัสกับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพผ่านช่องทางโซเชียลมีเดียสูงกว่าช่องทางอื่น เช่น เอกสารความรู้ หรือสื่อทางโทรทัศน์และวิทยุ เป็นต้น การศึกษาในต่างประเทศพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาเช่นเดียวกัน Stonska et al.²⁵ สสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดร้อยละ 61.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (กลุ่มอายุ 51-64 ปี พบร้อยละ 46.0 และกลุ่มอายุ 50 ปีลงมา พบร้อยละ 39.9) นับว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น การศึกษาในประเทศฟินแลนด์ โดย Eronen et al.²⁶ กับผู้สูงอายุจำนวน 292 คน พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 35.05 (SD=6.32) ซึ่งอยู่ในระดับเพียงพอค่อนข้างมาที่ระดับเป็นปัญหาถึงแม้ว่าจะแปลผลว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ แต่นับว่าค่าเฉลี่ยอยู่ในใกล้ระดับที่เป็นปัญหาและการศึกษาในกลุ่มประชากรเยอรมันตะวันออก²⁷⁻²⁸ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 36.9 (SD=6.9) นับว่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้ การศึกษาใน 6 ประเทศในทวีปเอเชีย ได้แก่ อินโดนีเซีย คาซัคสถาน มาเลเซีย เมียนมาร์ ใต้หวัน และเวียดนาม พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของแต่ละประเทศอยู่ระหว่าง 29.6 และ 34.4²⁹ การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมหรือศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 396 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 69.3) โดยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (ร้อยละ 52.0)¹³ การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจากสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยจำนวน 416 คน พบว่าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.07) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางถึงระดับเพียงพอ¹⁴ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากปัจจัยหลายประการตามที่อธิบายในกรอบแนวคิดของ Sørensen⁶ ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากปัจจัยในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะ และแรงจูงใจแล้ว ยังมีปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสถานการณ์ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอีกด้วย การศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพควบคู่กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็น หากต้องการทราบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในอนาคต

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากรมีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาสุขภาพของประชากรทุกระดับ การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้งานได้ สั้น กระชับ แต่มีความตรงและความเที่ยงสูง (Valid and reliable) เป็นแนวทางที่หลายประเทศดำเนินการ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป (Health Literacy Survey-European Union หรือ HLS-EU) แบบเต็มรูปแบบมีข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ เป็นเครื่องมือที่มีความละเอียด แต่อาจไม่เหมาะกับการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากร ในอนาคต ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีจำนวนข้อน้อยลงแต่มีคุณภาพในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมที่มีประสิทธิภาพ เช่น แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบ 16 ข้อคำถาม (HLS-EU-Q16) พบว่ามีการนำไปใช้ใน

การศึกษาหลายโครงการ เช่น การสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างชาวเยอรมันตะวันออกที่มีอายุระหว่าง 55 ถึง 91 ปีจำนวน 1,107 คน พบว่าเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88²⁷ การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวฟินแลนด์ที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุ 75 ปี จำนวน 292 คน ด้วยการทดสอบซ้ำในเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพจากการสำรวจครั้งแรกเท่ากับ 35.9 (SD=5.9) และค่าเฉลี่ยจากการสำรวจครั้งที่สองในเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์เท่ากับ 35.4 (SD=5.5) เมื่อทดสอบด้วย Intra-class correlation coefficient พบว่าค่าที่สำรวจได้ทั้งสองครั้งมีค่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.782²⁶ การศึกษากับชาวสวีเดนจำนวน 323 คน ด้วยวิธีทดสอบซ้ำเช่นเดียวกัน พบว่ามีค่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงถึง 0.86²⁹ มีการศึกษาหลายโครงการที่พัฒนาเครื่องมือประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพให้สั้นยิ่งขึ้น โดยพัฒนาแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพแบบ 6 คำถาม (HLS-EU-Q6) ได้แก่ การศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คนในกรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส³⁰ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือระหว่าง HLS-EU-Q16 และ HLS-EU-Q6 กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คนในเมืองฟลอเรนซ์ ประเทศอิตาลี³¹ การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยหลายโรคที่มาใช้บริการในสถานบริการปฐมภูมิจำนวน 888 คน ในประเทศสวีเดนด้วย HLS-EU-Q6³² ซึ่งการศึกษาในทุกโครงการพบว่าเครื่องมือที่พัฒนามีคุณภาพในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมสูงใกล้เคียงกับเครื่องมือฉบับเต็มที่มีข้อความจำนวน 47 ข้อ

สรุป

การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 โดยรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy) โดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy index-HLI) เท่ากับ 30.86 คะแนน (SD=6.89) จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน เมื่อจำแนกรายมิติ (การดูแลรักษา, การควบคุมโรค และการส่งเสริมสุขภาพ) พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าเฉลี่ย HLI เท่ากับ 31.32 (SD=7.40), 31.31 (SD=7.26) และ 29.98 (SD=7.62) ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ตามสมรรถนะการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ย HLI ทั้งสี่สมรรถนะ (การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ) อยู่ในระดับที่เป็นปัญหาเช่นเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย HLI เท่ากับ 29.98 (SD=7.56), 32.17 (SD=7.35), 30.51 (SD=7.39) และ 31.07 (SD=7.37) ตามลำดับ)

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุด้านความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติและทุกสมรรถนะ รวมถึงความจำเป็นในการพัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (ฉบับภาษาไทย) ใน 3 มิติ และ 4 สมรรถนะ ให้มีคุณภาพและมีความกระชับ สะดวกต่อการใช้งานของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อประโยชน์ในการประเมินผู้สูงอายุที่มารับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในทุกมิติ และทุกสมรรถนะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีในลำดับต่อไป
2. พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต
3. พัฒนาระบบการคัดกรองในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ กับประชากรทุกกลุ่มวัย โดยมีกำหนดการคัดกรองความรู้ด้านสุขภาพเป็นประจำทุก 2-5 ปี ตามศักยภาพและความพร้อม เพื่อทราบแนวโน้มและนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านการพัฒนาทางการศึกษาและสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติประชากร รายจังหวัด ตามช่วงอายุที่ระบุ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 13]. เข้าถึงได้จาก : <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/3>
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). เช็กสถานการณ์ทางประชากรผู้สูงอายุไทย สำนววจโอกาสและความท้าทาย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [2565 พฤษภาคม 13]. เข้าถึงได้จาก : <https://thaitgri.org/?p=40044>
3. Kheokao J, Ubolwan K, Tipkanjanaraykha K, Plodpluang U. Online health information seeking behaviors among the Thai elderly social media users. TLA Research Journal 2019;12(1):60-76.
3. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: A systematic review. Gerontology & Geriatric Medicine 2016; 2: 1-13.
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(3):259-67.
5. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12(80). doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

6. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, จิตติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ตันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
7. นิชดา สารถวัลย์แพศย์, สมยศ ศรีจรรย์, เมทนี ระดาบุตร, ปัญญาวัชร ประภุผล, วนิตา ขวเจริญพันธ์, ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์. การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการผลิตคอกหลั้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารพยาบาลตำรวจ 2562;11(1):95-106.
8. วรจรรพญาร มงคลดิษฐ์, สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์, มยุรี ลีทองอินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.
9. กรรณิการ์ การิสรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรม. นุชนานา สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. Rama Nurs J 2562; 25(3): 280-95.
10. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(1):26-30.
11. พิษณุรักษ์ กันทวิ, สติกรร พงศ์พานิช. ความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2562; 11(1): 73-83.
12. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, ชาตินัย หวานวาจา. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารประชากรศาสตร์ 2563; 36(2): 37-52.
13. ฐปรัดน์ รัชภานุสิทธิ์, นันทิยา ไชยหนึ่ง, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อริยา คูหา. ผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ประเทศไทย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7(3): 182-94.
14. นฤมล ใจดี, รัฐฐา รมะมิ่ง, นवलจันทร์ กรินวานิช, ราตรี โพธิ์ระวัช. ความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 20 ธันวาคม 2562: 1312-23.
15. ยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำชนะ, นงนภัทร รุ่งเนย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562; 6(พิเศษ):129-41.
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.). สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ: จำนวนประชากรกลางปี จำแนกตามเพศ ภาค และจังหวัด (จากกระทรวงสาธารณสุข) พ.ศ. 2554–2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 13]. เข้าถึงได้จาก http://statbbi.nso.go.th/staticreport/Page/sector/TH/report/sector_01_11104_TH_.xlsx
17. จุฬาลักษณ์ โภมลตรี. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2555; 20(3):192-8.

18. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
19. นันทกา สวัสดิพานิช, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. *วารสารสภาการพยาบาล* 2554; 26(1):19-28.
20. Sørensen, K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013; 13:948.
21. วุฒิ สุขเจริญ. การดำเนินการกับข้อมูลขาดหาย. *วารสารร่วมฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*. 2558; 33(2):12-32.
22. Pelikan JM, Röthlin F, & Canahl K. Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study [Oral presentation], 6th Annual Health Literacy Research Conference; 2014, Oct. 3-4; Bethesda, MD.
23. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2563 (Thailand Internet User Behavior 2020 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 22]. เข้าถึงได้ จาก : https://www.etda.or.th/getattachment/c5835c06-e238-4cda-9816-814df31caca5/IUB_2020_Web.pdf.aspx
24. Slonska Z, Borowiec AA, Aranowska AE. Health literacy and health among the elderly: Status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropological Review* 2015; 78(3):297-307.
25. Eronen J, Paakkari L, Protegijs E, Saajanaho M, Rantanen T. Assessment of health literacy among older Finns. *AGING CLIN EXP RES* 2019; 31:549-56.
26. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J. Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health* 2015; 15:883.
27. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol* 2016; 27(2):80-6. doi: 10.1016/j.je2016.09.005.
28. Wängdahl J, Jaensson M, Dahlberg K, Nilsson U. The Swedish version of the electronic health literacy scale: Prospective psychometric evaluation study including thresholds levels. *JMIR Mhealth Uhealth* 2020; 8(2):e16316. doi:10.2196/16316.

29. Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Van den Broucke S, Mancini J, Rigal L, et al. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European health literacy survey questionnaire. *PLOS ONE* 2018; 13(12): e0208091.
30. Lorini C, Lastrucci V, Mantwill S, Vettori V, Bonaccorsi G, the Florence Health Literacy Research Group. Measuring health literacy in Italy: A validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language, conducted in Florence and its surroundings. *Ann Ist Super Sanità* 2019; 55(1):10-8.
31. N’Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: A cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open* 2018; 8:e018281.