

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี Health Literacy among Older Adults in a Semi-Urban Community in Ratchaburi Province

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก^{1*}, จิริยา อินทนา¹, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ¹, เพ็ญจมาศ คำธนะ¹ และ นงนภัทร รุ่งเนย²
Yaowaluck Meebunmak^{1*}, Jiriya Intana¹, Kannika Kijnopakieat¹, Phenchamart Khamthana¹
and Nongnaphat Rungnoei²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี²
Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi^{1*}, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province²

(Received: May 29, 2019; Revised: November 18, 2019; Accepted: November 18, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 240 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และแนวการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา หาค่าความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.81 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธี Thematic Analysis ผลการวิจัยพบว่า

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=33.29$, $SD=8.18$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดที่สื่อถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการทำหน้าที่ของบุคคล 2 ประเด็นคือ 1) มีสิ่งที่จะช่วยในการอ่านฉลากยา 2) มีสิ่งที่จะช่วยในการฟัง ในระดับการสื่อสารพบ 5 ประเด็นดังนี้ 1) มีความรู้เรื่องโรค 2) หาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ 3) กิจกรรมและการสื่อสารในสังคมทำให้ได้ข้อมูล 4) สนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และ 5) อยากรู้เรื่องแพทย์และยา และในระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณพบว่ามี ประเด็น การเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการสร้างนโยบาย การปฏิบัติ และการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: yaowaluck_m@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 095-7488283)

Abstract

Since health literacy is a primary contributing factor to health disparities, it is a continued and increasing concern for health professionals. This mixed-methods study aimed to identify the level of health literacy among older adults in a semi-urban community in Ratchaburi Province. Research had two phases. First phase was a quantitative study. Sample was 240 older adults, selected by simple random sampling. Second phase was a qualitative study. Participants were 30 older adults, selected by purposive sampling. Instruments were a health literacy questionnaire, and interview guides related to health literacy. They were tested for content validity by specialists. Reliability was tested with 30 cases similar to the sample, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.81. Quantitative data were analyzed by standard deviation, frequency, as well as percentage. Whilst qualitative data were analyzed by thematic analysis.

Overall, results showed that mean score for health literacy was at a moderate level ($M=33.29$, $SD= 8.18$). While qualitative results showed attributes of a functional health literacy level including getting aid for reading medicine labels, and hearing. In terms of communication level, five themes emerged including 1) having knowledge of diseases, 2) seeking information from a variety of sources, 3) joining activities and having communications in society, 4) being interested in the information regarding older adults, and 5) being aware of own needs of information about doctors and medicine.

Keywords: Health Literacy, Older Adult

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระ และเลือกนำข้อมูลไปใช้ได้ (Ishikawa, 2008) ความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีได้ กล่าวคือถ้าบุคคลสามารถอ่านหรือฟังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจ สามารถวิเคราะห์เนื้อหาสาระของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ว่าเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ และสามารถเลือกนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่วนใดไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดูแลตนเองได้และลดความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ (Ishikawa, 2008) ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยความสามารถของบุคคล ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานคือทักษะการอ่าน การเขียน และคำนวณได้ การสื่อสารซึ่งเป็นทักษะขั้นสูงซึ่งทำให้บุคคลแยกแยะข้อมูลได้ รู้ความหมายจากการสื่อสารในแบบที่ต่างกันได้ ตอบโต้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นทักษะขั้นสูงที่สุดที่บุคคลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณและเลือกใช้ข้อมูลให้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ความรู้ด้านสุขภาพจึงนำไปสู่บุคคลมีสุขภาพที่ดีได้

อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดปัญหาในการฟังและอ่าน เช่น ต้องการอ่านฉลากยาแต่มองไม่เห็นตัวอักษร ฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แต่ไม่ค่อยได้ยิน มีการสูญเสียความจำและความสามารถในการคิด เช่น อ่านหรือฟังข้อมูลการรักษาและบริการได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย ลืมหรือมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ได้ เมื่อไม่มีความรู้ด้านสุขภาพอาจทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ (Ishikawa, 2008) อาจกล่าวได้ว่าความสามารถของตนเองในการที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีการสื่อสารใหม่ๆก็อาจมีผลต่อการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ ก็อาจเป็นอุปสรรคต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัด

อุบลราชธานี และที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาต่างก็พบว่า มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง (Arunee Lakeaw, & Taweewun Chaleekrua, 2015; Ginggeaw, & Prasertsri, 2017; Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai, 2016)

จังหวัดราชบุรี มีประชากร 873,518 คน เป็นผู้สูงอายุ 153,716 คน คิดเป็นร้อยละ 17.59 (Mistry of Interior, 2018) มีชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งที่อยู่ติดกับอำเภอเมืองราชบุรีด้านตะวันออก มีพื้นที่ติดริมแม่น้ำแม่กลอง ได้แก่ ชุมชนตำบลบ้านไร่และคิ่งน้ำวน อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.87 และ 19.38 ของประชากรในตำบล 59 (Mistry of Interior, 2018) ลักษณะพื้นที่ที่มีการคมนาคมทางบกที่สะดวก บ้านเรือนตั้งอยู่เป็นกลุ่มๆ มีชมรมผู้สูงอายุของตำบล มีหน่วยบริการสุขภาพคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองแห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนหนึ่งแห่ง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำสวนผลไม้ ปลูกผัก ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป (Muang Ratchaburi Agricultural Extension Office, 2018) หน่วยธุรกิจชุมชนประกอบด้วยโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ บ้านเช่า ร้านอาหาร ปั้มน้ำมัน โรงงานทำปูนแดงปูนขาว โรงงานทำไม้กวาด (Banrai Sub-District Administrative Organization, 2018) มีการเลี้ยงสัตว์ ได้แก่ สุกร ปลา และโค (Kung Num Won Sub-district Administrative Organization, 2018) มีผู้สูงอายุจำนวน 2,312 คน คิดเป็นร้อยละ 17.33 ของประชากร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งเป็นบุตรหลาน แต่บางคนก็อาศัยอยู่ที่บ้านตามลำพัง ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่บ้านพักผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ข้าราชการบำนาญได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุจากรัฐบาล การเดินทางไปยังที่ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมีหลายแบบทั้งเดินทางโดยรถประจำทาง ขั้บรถยนต์/จักรยานยนต์หรือจักรยานด้วยตนเอง บุตรหลานพาไป หรือจ้างเมารถรับจ้าง ผู้สูงอายุในตำบลบ้านไร่และคิ่งน้ำวนร้อยละ 46.50 และ 44.47 ได้รับการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพ 10 เรื่อง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ สุขภาพช่องปาก สมองเสื่อม ซึมเศร้า ข้อเข่า กิจวัตรประจำวัน และดัชนีมวลกาย พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองตำบลมีภาวะเสี่ยงเรื่อง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ กิจวัตรประจำวันแบบติดบ้าน และดัชนีมวลกายสูง (Ministry of Public Health, 2019) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ที่สถานบริการสุขภาพในชุมชน หรือโรงพยาบาลในตัวเมือง ผู้สูงอายุบางคนสามารถใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย เช่น สมาร์ทโฟนเพื่อพูดคุยหรือส่งข้อความเรื่องสุขภาพ

อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าวมีช่องทางที่สนับสนุนการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น ได้รับบริการสุขภาพ อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน การคมนาคมมีความสะดวก และได้รับสวัสดิการที่จำเป็น แต่ก็มีโรคประจำตัวและความเสื่อมตามวัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ แม้ว่าจะมีผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุในบางพื้นที่ของประเทศไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง แต่ยังไม่มีความรู้ที่ชัดเจนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองราชบุรีนั้นอยู่ในระดับใดและมีลักษณะอย่างไร มีอะไรเป็นข้อจำกัดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องทำวิจัยเพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Ishikawa (2008) เป็นการที่ผู้สูงอายุมีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีความสามารถ ที่จะเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อการมีสุขภาพดี ได้โดยผู้สูงอายุมีบทบาท 3 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานคือทักษะการอ่าน ฟังและเขียนที่ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ 2) ระดับการสื่อสารเป็นทักษะขั้นสูงขึ้นที่ทำให้บุคคลแยกแยะข้อมูลได้ รู้ความหมายจากการสื่อสารในแบบที่ต่างกันได้ และ

ประยุกต์ใช้ข้อมูลได้ และ 3) ระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นทักษะขั้นสูงสุดที่บุคคลทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณและใช้ข้อมูลให้ในสถานการณ์ต่างๆได้ ผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองมีความเสื่อมของอวัยวะรับรู้ทางตาหรือหูและมีโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป ไม่ค่อยคุ้นเคยกับเทคโนโลยีการสื่อสารใหม่ ๆ หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดีได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed-Method) แบบขั้นตอนเพื่อการอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เริ่มจากการศึกษาเชิงปริมาณก่อนแล้ววิเคราะห์ข้อมูลจนได้คำตอบ หลังจากนั้นจึงศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลมาอธิบายคำตอบให้ชัดเจนขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลบ้านไร่และตำบลคันทนา อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 2,312 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ไข่เกณฑ์โดยกำหนดเป็นร้อยละของประชากรในการพิจารณาที่ว่า ถ้าขนาดประชากรเป็นหลักพัน ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย ร้อยละ 10 (Aegagul, 2000) จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 240 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Ishikawa (2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานคือทักษะการอ่านและการเขียนที่ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ 2) ด้านระดับการสื่อสารเป็นทักษะขั้นสูงขั้นที่ทำให้บุคคลแยกแยะข้อมูลได้ ตีความหมายจากการสื่อสารในแบบที่ต่างกันได้ และประยุกต์ใช้ข้อมูลได้ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบแบบ Rating Scale 4 ระดับ ตามความคิดเห็น ดังนี้ สิ่งนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่านให้ 1 คะแนน สิ่งนั้นเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง (1 -2 วัน/สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน สิ่งนั้นเกิดขึ้นบ่อย (3 -4 วัน/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน สิ่งนั้นเกิดเป็นประจำ (5 -7 วัน/สัปดาห์) ให้ 4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 14-56 คะแนน แปลความดังนี้

คะแนน 14-27 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

คะแนน 28 - 41 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 42 - 56 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ 1 คน และ พยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ที่จะศึกษาวิจัย เพื่อขออนุญาตการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล แล้วผู้วิจัยประชาสัมพันธ์การวิจัย และเชิญชวนผู้สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร โดยใช้ใบปลิวแจกให้ อสม.ในพื้นที่ ผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยแจ้งความประสงค์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ผู้วิจัยและผู้ประสานงานในพื้นที่จัดประชุมเพื่อชี้แจงการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ผู้สนใจจะได้รับเอกสารการวิจัยไปอ่านที่บ้านเป็นเวลา 2 วัน ถ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัย ก็ให้ลงนามยินยอม

ตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ นำส่งผู้ประสานงาน หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยผู้ประสานงานช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในชุมชนตำบลบ้านไร่และตำบลคังน้าว อำเภอมือง จังหวัดราชบุรี ที่เคยเข้าร่วมการวิจัยระยะที่ 1 จำนวน 30 คน ประกอบด้วยผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุระดับสูง ปานกลาง และต่ำอย่างละ 10 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้ วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และเต็มใจที่จะให้สัมภาษณ์ สำหรับเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนว การสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ของ WHO (2008) ประกอบด้วยคำถามหลัก จำนวน 7 ข้อ ที่ถามความรู้ด้านสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านระดับการทำหน้าที่ของบุคคล มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ 2) ด้านระดับการสื่อสารเป็นทักษะขั้นสูงขึ้นที่ทำให้บุคคลแยกแยะข้อมูลได้ มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ และ 3) ด้านระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

วิจัยนำแนวการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ 1 คน และ พยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจัดกระทำโดยผู้วิจัยมากกว่า 1 คนแยกกันวิเคราะห์ เพื่อยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ใส่คำพูดโดยตรงของผู้ให้ข้อมูล และการใส่รายละเอียดที่เกี่ยวข้องของผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันข้อมูลที่เกิดขึ้นจริง และทำการบันทึก (note taking) ขณะสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานเพื่อเชิญและนัดหมายผู้ให้ข้อมูลระยะที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกแล้วไปสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลตามที่นัดหมายโดยผู้ประสานงานช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ในการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยได้ขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ไม่มีบุคคลที่สามเข้าร่วมในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยและผู้ประสานงานได้อธิบายผู้สูงอายุและครอบครัวจนเกิดความเข้าใจดีแล้ว และผู้วิจัยควบคุมกำกับ การสัมภาษณ์ให้เป็นไปตามแผน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที

การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลโดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) อ่านเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธี Thematic Analysis (Boyatzis, 1998) โดยการอ่านข้อมูล กำหนดรหัสของข้อมูลอย่างตามข้อมูลที่ปรากฏ จัดข้อมูลเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี เลขที่ 11/2560

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ป่วย (n=240)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	78	32.50
หญิง	162	67.50
อายุ		
$M=76.57, SD=9.336$		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	13	5.41
ประถม	204	85.00
มัธยม	17	7.09
ปริญญาตรี	5	2.09
ปริญญาโท/เอก	1	0.41
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	13	5.41
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	29	12.08
ไม่มีอาชีพ / งานบ้าน	172	71.66
ทำสวน / ทำไร่	18	7.50
พนักงานบริษัท / บำนาญ	8	3.35
รายได้		
น้อยกว่า 1,000 บาท / เดือน	36	15.00
1,001 – 5,000 บาท / เดือน	150	62.50
5,001 – 10,000 บาท / เดือน	39	16.25
10,001 – 15,000 บาท / เดือน	9	3.75
มากกว่า 15,000 บาท / เดือน	6	2.50
โรคประจำตัว		
1 โรค	66	27.50
2 โรค	108	45.00
3 โรค	41	17.08
4 โรค	20	8.33
5 โรค	5	2.09
ระยะเวลาที่ป่วย	$\bar{x}=12.39$ ปี	$SD=9.85$

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ($n=150$) ร้อยละ 67.50 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 76.57 ปี ($SD=9.336$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ / ทำงานบ้าน ส่วนใหญ่มีรายได้ 1,001–5,000 บาท/เดือน ($n=150$) ร้อยละ 62.50 กลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัว 1 โรค ($n=66$) ร้อยละ 27.50 นอกนั้น มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 12.39 ปี ($SD=9.85$)

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม และจำแนกตามระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ระดับการสื่อสาร และระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ($n=240$)

ความรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	ระดับ
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	33.29	8.18	ปานกลาง
ระดับการทำหน้าที่ของบุคคล	12.77	4.94	ปานกลาง
ระดับการสื่อสาร	11.45	3.67	ปานกลาง
ระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	9.07	3.48	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=33.29$, $SD=8.18$) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับการทำหน้าที่ของบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ($M=12.77$, $SD=4.94$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M=11.45$, $SD=3.67$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง ($M=9.07$, $SD=3.48$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธี Thematic Analysis พบว่า ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในระดับการทำหน้าที่ของบุคคล 2 ประเด็นคือ 1) มีสิ่งที่จะช่วยในการอ่านฉลากยา 2) มีสิ่งที่จะช่วยในการฟัง ในระดับการสื่อสารพบ 5 ประเด็นดังนี้ 1) มีความรู้เรื่องโรค 2) หาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ 3) กิจกรรมและการสื่อสารในสังคมทำให้ได้ข้อมูล 4) สนใจข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และ 5) ยากกรูเรื่องแพทย์และยา และในระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่ามี ประเด็น การเปลี่ยนพฤติกรรม

1. การมีรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการทำหน้าที่ของบุคคล

1.1 มีสิ่งที่จะช่วยในการอ่าน

ผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อย 7 ใน 10 คน จากแต่ละกลุ่มคือกลุ่มที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=7$) ปานกลาง ($n=9$) และต่ำ ($n=8$) จำเป็นต้องมีสิ่งช่วยเหลือในการอ่านฉลากยา เช่น คุณป้าวัย 77 ปี กล่าวว่า

“พอได้ยามานี้ป้าจะจัดใส่กล่อง โดยใส่แว่นตา นั่งที่โต๊ะนี้ เอาปากกามาวงไว้ก่อนอาหาร หลังอาหาร ก็เมด แล้วกรรไกรตัดเอาไว้ แยกซองให้ดี แล้วก็จำกล่องจำซองได้ เวลากินก็ง่าย” (ญ-1-2)

คุณลุงคนหนึ่งกล่าวว่า

“ลูกชายเป็นคนหยิบยาให้กิน เขาจะคอยดูให้ เพราะบางที หมอเปลี่ยนยา ลูกเขาช่วยดูให้”

1.2 มีสิ่งที่จะช่วยในการฟัง” (ข-1-10)

ผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อย 3 ใน 10 คน จากแต่ละกลุ่มคือกลุ่มที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=3$) ปานกลาง ($n=5$) และต่ำ ($n=5$) จำเป็นต้องมีสิ่งช่วยเหลือในการฟัง เช่น คุณลุงสองคนได้เล่าเกี่ยวกับวิธีการฟังให้รู้เรื่องว่า

“ต้องพูดดัง ๆ ถึงจะได้ยิน ส่วนใหญ่หมอเขาจะรู้”(ข-2-2)

“บางทีเราก็ดูได้ยิน หูมันตึง ก็ฟังแล้วดูปากเขา”(ญ-2-6)

2. การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการสื่อสาร

2.1 มีความรู้เรื่องโรค

ผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อย 6 ใน 10 คน จากแต่ละกลุ่มคือกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=10$) ปานกลาง ($n=10$) และต่ำ ($n=6$) มีความรู้เรื่องโรคที่เป็น เมื่อถามว่าตามความคิดเห็นของท่านอะไรเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน คุณป้าคนหนึ่ง อายุ 78 ปี ตอบว่าเป็นโรคดังกล่าวเกิดจากกรรมพันธุ์และพฤติกรรมการกิน สำหรับคุณป้าคิดว่าโรคนั้นเกิดจากพันธุกรรม ดังคำพูดต่อไปนี้

“มีทุกโรคเลย ความดัน เบาหวาน เมื่อก่อนก็ไม่เคยชอบกินหวาน ทำไมมันเป็น เป็นจากกรรมพันธุ์ พ่อก็เป็น” (ญ-1-4)

คุณลุงคนหนึ่งกล่าวว่า

“ต้องใส่น้ำปลาสักหน่อย นี่จะอร่อยมาก ไม่ใส่มันไม่ได้เลย ใสเป็นช้อนเลย เมื่อก่อนนะ มันก็คงเป็นเพราะอย่างนี้ด้วย พ่อ กับพี่น้องก็เป็นเหมือนกัน” (ช-2-7)

2.2 หาความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

ผู้ให้ข้อมูลจากทุกกลุ่มสามารถหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ เมื่อถามว่าท่านเคยเห็นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคเรื้อรัง หรือการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน หรือไม่ จากแหล่งใด ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ของกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=9$) และระดับปานกลาง ($n=6$) เคยได้รับข้อมูลข่าวสารดังกล่าวจากผู้ให้ความรู้ที่เป็นแพทย์และบุคลากร ดังนี้ คุณลุงคนหนึ่ง อายุ 93 ปี และคุณป้าอายุ 65 ปี ขอบดูรายการโทรทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ โดยกล่าวว่า

“ลุงก็จะเปิดดูรายการของหมอ นี่ดูประจำตอนหกโมงเช้าวันเสาร์ ลุงชอบเพราะว่าได้ความรู้ดีมากเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ นะ แล้วก็พวกแนะนำอาหารนี่ก็ดูเหมือนกัน” (ช-1-7)

ส่วนคุณป้าคนหนึ่งกล่าวว่า

“ป้าชอบทำอาหาร เมื่อก่อนอยู่โรงพยาบาล เป็นแม่ครัว มีงานเลี้ยงเราก็กิน ใคร ๆ ก็ติดใจว่าอร่อยตอนนี้เกษียณแล้ว อยู่บ้านขอบดูรายการทีวีเขาสอนทำอาหารเพื่อสุขภาพ” (ญ-1-2)

ผู้ให้ข้อมูลอีกสองคนให้ข้อมูลว่าตนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากร และแพทย์ผู้รักษา ดังนี้

“ลูกหลานคอยบอกวันนัด ว่าวันนั้นวันนี้หมอนัดทำอะไร ยาเม็ดไหนกินตอนไหน เพราะว่าจำไม่ค่อยได้” (ญ-2-9)

“หมอบอกว่าควรทำอะไร ไม่ให้กินเค็มไม่กินมัน ๆ ไม่ให้กินอาหารทะเลที่มีเปลือกหุ้มแข็ง ฉันทักถามว่ากุ้งแห้งกินได้ไหม หมอเขาก็ตอบกลับมาว่า มีเปลือกแข็งไหมล่ะป้า ถ้าใช่ก็อย่ากินมาก” (ญ-1-6)

ผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ($n=3$) และระดับต่ำ ($n=2$) ได้รับข้อมูลเรื่องการรักษาจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพ คุณลุงวัย 61 ปีคนหนึ่งตอบว่าได้รับฟังข้อมูลจากผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดังนี้

“เคยได้ยิน จากผู้ป่วยที่เคยพบตั้งแต่ตอนที่นอนโรงพยาบาลคราวที่แล้ว ว่าโรคนี้น่าจะมีหมอดีที่วัดแถวเมืองกาญจน์” (ช-3-3)

คุณลุงวัย 75 ปี และ คุณป้าวัย 80 ปี ใช้เวลาช่วงกลางวันในการฟังวิทยุและได้รับข้อมูลที่เป็นโฆษณาสมุนไพรที่รักษาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ดังคำพูดที่ว่า

“ก็มีที่เคยซื้อตามนะ น้ำมั่งคุดที่ฟังจากทางรายการวิทยุช่วงกลางวัน” (ช-3-5) คุณป้าคนหนึ่งเล่าว่า “ฟังแล้วก็ให้ลูกซื้อให้ หย้าหวาน กับ ข้าวลดเบาหวาน ฟังจากวิทยุ” (ญ-3-10)

2.3 กิจกรรมและการสื่อสารในสังคมทำให้ได้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=3$) มีวิธีการหาข้อมูลจากการฟังบรรยาย ผู้สูงอายุนาย อายุ 65 ปี เป็น อสม. มา 40 ปี กล่าวถึงการฟังบรรยายว่ามีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคของตน ดังที่เขาเล่าว่า

“ไปฟังบรรยายก็รู้สึกชอบ เพราะต้องนำความรู้ที่ได้มาเผยแพร่ต่อ ซึ่งนำมาใช้กับชีวิตเราได้ ปัจจุบันก็เป็นอสม.ได้มาประมาณ 40 กว่าปี ก็รู้สึกมีความสุขเพราะนำความรู้ที่ได้มาดูแลตนเอง” (ช-1-2)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อย 3 ใน 10 คน จากแต่ละกลุ่มคือกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=4$) ปานกลาง ($n=6$) และต่ำ ($n=3$) ได้รับข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพผ่านกลุ่มไลน์กลุ่มเพื่อน ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นคุณลุงอายุ 72 ปีคนหนึ่งเล่าว่าได้ข้อมูลการดูแลสุขภาพทั่วไป และโรคความดัน หัวใจ เบาหวาน และอื่น ๆ จากกลุ่มไลน์ทางโทรศัพท์ ดังนี้

“ก็มีนี่ไง เขาก็จะมีคนส่งมาเรื่อย ความดัน เบาหวาน หัวใจ ภู่นั่นนั้ การออกกำลังกาย เนี่ยทางไลน์กลุ่มเพื่อน ๆ กัน” (ช-3-1)

2.4 สนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนวัยสูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เลือกอ่านหรือฟังข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากกว่าเรื่องสุขภาพอื่นๆ โดยเป็นผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=8$) ปานกลาง ($n=7$) และต่ำ ($n=10$) เมื่อถามว่าถ้าคุณค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น คุณจะเลือกอ่านข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงแบบใด เช่น โรคนี้ที่เกิดกับคนในชุมชนของท่าน โรคนี้ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย โรคนี้ที่เกิดกับผู้สูงอายุ หรืออื่นๆ พบว่าผู้สูงอายุคนหนึ่งยืนยันว่าเขาสนใจข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุ ดังคำพูดที่ว่า

“เราต้องสนใจพวกเรื่องของผู้สูงอายุจะเป็นนะ อย่างความดัน เบาหวาน นี่ เบาหวานขึ้นตา พวกนี้ มีวัคซีนนี้เขาก็ให้ผู้สูงอายุนะ หมอเขาก็จะมาบอกที่บ้าน” (ช-2-9)

2.5 อยากรู้เรื่องแพทย์และการรับประทานยา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=8$) ปานกลาง ($n=10$) และต่ำ ($n=10$) อยากรู้เรื่องแพทย์และการรับประทานยา เมื่อถามว่าตามความคิดเห็นของคุณ คุณอยากทำอะไรเกี่ยวกับโรคที่คุณเป็นอยู่โดยเมื่อรู้เรื่องนี้แล้วคุณน่าจะสบายใจมากขึ้น ผู้สูงอายุสองคนกล่าวว่า

“อยากรู้ว่าหมอคนไหนเก่ง รักษาดี” (ช-3-1) และ “อยากรู้พวกการที่เวลาเรากินยาอื่นด้วย หรือกินสมุนไพรนี่จะมีปัญหาไหม” (ช-3-8)

3. การความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

3.1 การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อย 3 ใน 10 คน จากแต่ละกลุ่มคือกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=3$) ปานกลาง ($n=5$) และต่ำ ($n=6$) ให้ข้อมูลว่าไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อถามว่าคุณมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้วคุณเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างไร พบว่า ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้นำข้อมูลมาคิดอย่างมีวิจารณญาณ จึงไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ หลิงวัย 72 ปี เล่าว่าไม่รับประทานอาหารเค็มและมัน แต่ไม่ได้ควบคุมอาหารเลย คุณป้ากล่าวว่า

“ฉันไม่กินเค็ม ไม่กินมัน หมะ! แต่มันกินข้าวไม่ได้นะถ้าไม่มีน้ำพริก น้ำพริกผักนี้ต้องมีทุกวัน” (ญ-3-3)

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=7$) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น คุณลุงวัย 76 ปี กล่าวว่า

“ผมปั่นจักรยานทุกเช้ากับกลุ่มออก หกโมง กลับมาก็โน่นแปดโมง” คุณป้าวัย 60 ปีเล่าว่า “ป้ากินคลีนนะ กินกับลูก ลูกเขาขอให้ทำให้ เราเลยกินด้วย ได้สามเดือนน้ำหนักลดนะ” (ญ-1-10)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=33.29$, $SD=8.18$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับระดับการทำหน้าที่ของบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ($M=12.77$, $SD=4.94$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง ($M=11.45$, $SD=3.67$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=9.07$, $SD=3.48$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ($n=142$, ร้อยละ 72.50) มีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยที่ศึกษาที่ จ.อุบลราชธานี ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จำนวน 129 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 68.2 (Ginggeaw, & Prasertsri, 2017) และการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 251 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความฉลาดทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M=46.62$, $SD=2.499$) (Lakeaw, & Chaleekrua, 2015) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Nilnate, Hengspraprom, & Hanvoravongchai (2016) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจำนวน 440 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับต่ำ – ปานกลาง เช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางนั้นสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาอาจไม่คุ้นเคยกับภาษาทางการแพทย์ ประกอบกับมีความเสื่อมตามวัย มีความเสื่อมของอวัยวะ เช่น หู ตา เป็นต้น ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่อยู่ในระดับปานกลางด้วย (Heijmans, Waverijn, Rademakers, van der Vaart, & Rijken, 2015) โดยผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าวัยอื่น (Kobayashi, Smith, O'Connor, Curtis, Park, von Wagner, et al., 2015) เพราะเป็นวัยที่เกิดความเสื่อมถอยของ ร่างกาย โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 70 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและ หลอดเลือด และโรคเบาหวาน เป็นต้น (Anderson, & Horvath, 2004; Marengoni, Winblad, Karp, & Fratiglioni, 2008)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นที่สื่อถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการทำหน้าที่ของบุคคล 2 ประเด็นคือ 1) มีสิ่งที่ช่วยในการอ่าน 2) มีสิ่งที่ช่วยในการฟัง โดยผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อย 7 ใน 10 คน จากแต่ละกลุ่มคือกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=7$) ปานกลาง ($n=9$) และต่ำ ($n=8$) จำเป็นต้องมีสิ่งช่วยเหลือในการอ่านฉลากยา และผู้ให้ข้อมูลอย่างน้อย 3 ใน 10 คน จากแต่ละกลุ่มคือกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ($n=3$) ปานกลาง ($n=5$) และต่ำ ($n=5$) จำเป็นต้องมีสิ่งที่ช่วยในการฟังข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสายตาที่มองตัวอักษรฉลากยาไม่เห็น และบางคนหูตึง แต่ผู้ให้ข้อมูลก็มีวิธีการที่จะลดข้อจำกัดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น มีบุตรช่วย ทำสัญลักษณ์ช่วยจำ หรือใช้การสังเกตเพิ่มเติม เป็นต้น ซึ่งช่วยลดปัญหาในระดับการทำหน้าที่ส่วนบุคคลได้ ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้ระดับปานกลาง

ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการสื่อสารนั้นพบ 5 ประเด็นดังนี้ 1) มีความรู้เรื่องโรค 2) หาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ 3) กิจกรรมและการสื่อสารในสังคมทำให้ได้ข้อมูล 4) สนใจข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และ 5) อายากรู้อะไรแพทย์และยา จะเห็นได้ว่าทั้ง 5 ประเด็นเป็นคุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการสื่อสาร ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมที่ทำให้ได้ข้อมูล สามารถเลือกใช้ข้อมูลได้ แยกแยะลักษณะข้อมูลที่แตกต่างกันได้ (Ginggeaw, & Prasertsri, 2017) ผู้วิจัยอภิปรายเพิ่มเติมในประเด็นย่อย ดังนี้ ผลการศึกษาประเด็นที่ 1) ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคนั้นสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำในประเทศออสเตรเลีย ที่ใช้วิธีการศึกษาวิจัยแบบผสมเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบ ปวดหลัง หัวใจ ชี้น้เร้า เบาหวาน หอบหืด และ หลอดเลือดสมองพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงในเรื่องการมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคมามากเพียงพอตามที่ต้องการ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ในเรื่องการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การกินอาหารเสริม และ วิตามิน น้ำมันปลา แคลเซียมสังกะสี และทองแดง การกินพืชสมุนไพร การนวด การกดจุด (Smith, Chang, Brownhill, & Barr, 2016)

เพราะเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสนใจและหาข้อมูลได้ง่าย ผลการศึกษาประเด็นที่ 2) ผู้สูงอายุหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ นั้นมีข้อสังเกตว่าผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงและปากกลางส่วนใหญ่หาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มากกว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ทั้งนี้การเลือกแหล่งข้อมูลย่อมมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถืออาจไม่ได้ให้ข้อมูลที่มีความถูกต้องเพียงพอ 3) การมีกิจกรรมและการสื่อสารในสังคม อาจทำให้ได้ข้อมูลเรื่องสุขภาพที่สนใจอยู่นั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกับที่ Indhraratana (2014) กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลาย เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุแผ่นพับ หนังสือหรือ นิตยสารและอินเทอร์เน็ต เป็นต้น เช่นเดียวกับแรงงานชาวกัมพูชาในประเทศไทยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพจากนายจ้าง ครอบครัว เจ้าหน้าที่ในโรงงาน และโทรทัศน์ (Hengboriboon, Jaidee, & Suwanjaroen, 2018) ผู้สูงอายุจะต้องตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Indhraratana, 2014) ผลการศึกษาในประเด็นที่ 4) ผู้สูงอายุสนใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และ 5) อยากรู้เรื่องแพทย์และยา อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโรคประจำตัว ย่อมมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเองมาก่อน ซึ่ง Walker, & Avant (1995) กล่าวว่าประสบการณ์ที่มีมาก่อนโดยสัมพันธ์กับสุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่ จะนำพาให้คนเกิดความสนใจและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ร่วมกับเหตุผลด้านจิตใจ (Psychological) ที่ Speros (2009) กล่าวว่าปัจจัยด้านจิตใจประการหนึ่งคือแรงจูงใจ (Motivation) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้น่าจะเป็นคนที่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้และแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองเนื่องจากตนนั้นที่โรคประจำตัวอยู่

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณนั้นพบ ประเด็นการเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงส่วนใหญ่ ($n=7$) มีการเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำส่วนใหญ่ ($n=6$) ไม่มีการเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะยังไม่สามารถใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณว่าจะนำมาปรับใช้กับตนเองตามสิ่งแวดล้อมของตน (Ginggeaw, & Prasertsri, 2017) และอาจเป็นไปได้ว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เป็นการเพิกเฉยต่อปัญหา เพราะไม่เข้าใจอย่างแท้จริงว่าโรคหรือการปฏิบัติตนไม่เหมาะสมนั้นมีความรุนแรงอย่างไร ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลที่ไม่ดีต่อสภาวะสุขภาพ (Centre for Advancement of Learning, 2000; Centre for Advancement of Learning, 2009; Centre for Advancement of Learning, 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่วัยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้มีประสบการณ์ที่จะเสริมความสามารถที่จะแสวงหาข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุควรพัฒนาด้านการจัดทำสื่อ การสื่อสาร เพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดในการรับรู้ การแสวงหา และการนำข้อมูลไปใช้ของผู้สูงอายุ
3. ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านการสอนควรแทรกเนื้อหาที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัญหาของความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน เพื่อให้ทราบปัญหาอุปสรรคในรายด้าน
2. ควรทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสอน/สื่อสารของบุคลากรสุขภาพที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งด้านพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

3. ควรศึกษาปัจจัยสนับสนุนการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้ได้องค์ความรู้เพื่อเป็นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

References

- Aegagul, T. (2000). Behavioral Research Methodology. Ubonratchatane: Rajchapat Institute, Ubonratchatane. *Reports*, 119(3), 263-70. (In Thai).
- Anderson, G., & Horvath, J. (2004). *The Growing Burden of Chronic Disease in America*. Public Health.
- Banrai Sub-District Administrative Organization. (2018). *Sub-District Demographic Data*. <http://banraiauruea.go.th/public/>. Accessed 25th December 2018 (in Thai).
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. California: Thousand Oaks.
- Centre for Advancement of Learning. (2000). General-Purpose Learning Strategies: Reading Comprehension. [Online] available at: <http://www.muskingum.edu/cal/database/general/reading.html>. Accessed 10th January 2019.
- Ginggeaw, S., & Prasertsri, N. (2015). The Relationship Between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults Who Have Multi-Morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai)
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Van Der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, Communicative and Critical Health Literacy of Chronic Disease Patients and Their Importance for Self-Management. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 41-48.
- Hengboriboon, P., Jaidee, P., & Suwanjaroen, J. (2018). Health Literacy on Cambodia Workers in Chonburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 86-101. (in Thai)
- Indhraratana, A. (2014). Health Literacy of Health Professionals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 174-8. (in Thai).
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Kobayashi, L. C., Smith, S. G., O'Connor, R., Curtis, L. M., Park, D., von Wagner, et al. (2015). The Role of Cognitive Function in the Relationship Between Age and Health Literacy: a Cross-Sectional Analysis of Older Adults in Chicago, USA. *BMJ Open*, 5(4), e007222.
- Kung Num Won Sub-District Administrative Organization. (2018). *General Information*. www.kunnamwon.com. Accessed 25th December 2018. (in Thai).
- Lakeaw, A., & Chaleekrua, T. (2015). Health Literacy and Factors Related to Medication among Patients with Hypertension Ban Piang Luang Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province. *The Sixth National and International Conference, National Group of Science, Proceeding*, 635-649. (in Thai).
- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A., & Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity among the Elderly Population in Sweden. *American journal of public Health*, 98(7), 1198-1200.



- Ministry of Public Health. (2019). *Older Persons Screening for Ten Diseases*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61. Accessed 25th January 2019. (in Thai).
- Mistry of Interior. (2018). *Official Statistics Registration System*. http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php. Accessed 12th January 2019. (in Thai).
- Muang Ratchaburi Agricultural Extension Office. (2018). *Basic Data of Agriculture*. (in Thai). <http://mueang.ratchaburi.doe.go.th/indexmainpage.html> Accessed 12th January 2019. (in Thai).
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of Health Literacy in Thai Elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res*, 30(5). (in Thai).
- Smith, C. A., Chang, E., Brownhill, S., & Barr, K. (2016). Complementary Medicine Health Literacy among a Population of Older Australians Living in Retirement Villages: a Mixed Methods Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2016.
- Speros, C. I. (2009). More than Words: Promoting Health Literacy in Older Adults. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), Manuscript-5.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (1995). Concept Development. *Walker LO, Avant KC. Strategies for Theory Construction in Nursing*. 3rd ed. Norwalk: Appleton & Lange, 35-78.