

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

นัชชา เรืองเกียรติกุล พ.บ., M.Sc.

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Abstract: Factors Associated with Health Literacy among Thai Older Adults

Natcha Ruangkiatkul, M.D., M.Sc.

Department of Family Medicine, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand

(E-mail: natcha4142492@gmail.com)

(Received: June 16, 2021; Revised: September 22, 2021; Accepted: February 21, 2022)

Background: Health is one of the issues of the most concern in a super-aged society. In order to improve this population's overall health, encouraging self-care and health literacy (HL) must be prioritized. **Objective:** This study aimed to identify the level of HL and factors that associated with HL level of Thai older adults. **Method:** This cross-sectional survey utilized an online questionnaire and collected response from 778 respondents from April 2020 to May 2020. The Thai Health Literacy Scale was applied as a measurement tool. One-way ANOVA and independent t-test were applied to explore associations between the HL and the personal factors. **Result:** Most respondents (52.83%) had moderate HL, and a significant proportion of older individuals (42.28%) had high HL. Five factors were significantly associated with HL, including education ($p < 0.001$), occupation ($p < 0.001$), financial status ($p < 0.001$), travel time to the nearest health facility ($p = 0.001$), and community engagement ($p = 0.007$). Contrastingly, age, gender, marital status, underlying health conditions, and living arrangement were not significantly associated with HL. **Conclusion:** Five factors were associated with HL namely, education, occupation, financial status, travel time to the nearest health facility and community engagement. Thus, health services for older adults and community activities should be encourage in order to improve HL.

Keywords: personal factors, health literacy, older population, health service

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: สุขภาพเป็นหนึ่งในเรื่องที่น่ากังวลสำหรับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดที่กำลังจะเกิดขึ้น ในการที่จะพัฒนาให้สุขภาพโดยรวมของกลุ่มประชากรนี้ดีขึ้น จำเป็นต้องส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองและให้ความสำคัญกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ **วัตถุประสงค์:** เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย **วิธีการ:** งานวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง ใช้แบบสำรวจออนไลน์จากผู้เข้าร่วมจำนวน 778 คน ระหว่างเดือนเมษายน 2563 ถึงพฤษภาคม 2563 โดยได้นำแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมาใช้เป็นเครื่องมือ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติ one-way ANOVA และ independent t-test ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล **ผล:** ผู้สูงอายุร้อยละ 52.83 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และร้อยละ 42.28 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพใน

ระดับสูง 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการศึกษา ($p < 0.001$) อาชีพ ($p < 0.001$) สถานะทางเศรษฐกิจ ($p < 0.001$) ระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด ($p = 0.001$) และความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ($p = 0.007$) ส่วนตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสมาชิกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ **สรุป:** 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ การศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุด และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ดังนั้นควรพิจารณาจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุให้ง่ายแก่การเข้าถึงสำหรับผู้สูงอายุ และเพิ่มกิจกรรมในชุมชน เพื่อเป็นมาตรการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ การบริการสุขภาพ

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) คือ ลักษณะส่วนบุคคลและความต้องการทรัพยากรทางสังคมของบุคคลและสังคม ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน รวมถึงนำข้อมูลและการบริการทางสุขภาพที่ได้รับไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งยังรวมถึงความสามารถในการสื่อสาร การให้ความสำคัญ และแสดงออกเกี่ยวกับการตัดสินใจนั้น ๆ อีกด้วย¹

องค์การอนามัยโลก (WHO)¹ ระบุว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ การมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่ดี มีหลายงานวิจัยพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองที่ต่ำ เช่น การกินยาไม่สม่ำเสมอ เพิ่มการเกิดผลข้างเคียงจากยา มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง²⁻⁷ ในทางตรงกันข้าม ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงมีความสัมพันธ์กับรายได้ที่สูง ความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สูง คุณภาพชีวิตที่ดี และอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำอีกด้วย⁸ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำส่งผลถึงภาระรายจ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในปริมาณร้อยละ 3-5 ของรายจ่ายเกี่ยวกับสุขภาพของทุกประเทศในแต่ละปี⁹ นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรยังทำให้เกิดความเท่าเทียมกันของภาวะสุขภาพ การมีสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ และการพัฒนาของระบบสุขภาพของประเทศอีกด้วย^{5,8-10}

ในปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 16.7 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด และคาดการณ์ว่าไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) ในปี พ.ศ. 2593¹¹ นอกจากนี้ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม รายงานว่าร้อยละ 13.5 ของผู้สูงอายุไทย ระบุว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับ “แย่” และร้อยละ 1.6 ระบุว่า สุขภาพของตนเองอยู่ในระดับ “น่าเวทนา”¹¹ ดังนั้น การพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

ในการสำรวจปี พ.ศ. 2561 ประชากรไทยร้อยละ 56.82 ใช้โซเชียลมีเดีย (social media) ในการสื่อสารและหาข้อมูล¹² เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทย (ร้อยละ 49.7) ใช้โซเชียลมีเดียในการติดต่อสื่อสาร¹³ ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ผิดและส่งต่อข้อมูลที่ผิดนั้นไปยังผู้อื่นซึ่งปรากฏการณ์นี้มักเกิดในผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย^{14,15} ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนั้น บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องทราบและเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น เพศ อายุ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ การร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้แตกต่างกันขึ้นกับบริบทของผู้สูงอายุ^{5,6,8,16-19}

ปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนมากจำกัดในประเทศไทยที่ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ การวิจัยความรู้ด้านสุขภาพ

ของผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน แต่การใช้เครื่องมือที่ต่างกันทำให้ผลมีความแตกต่าง เช่น การศึกษาของ Junkhew²⁰ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ในขณะที่การศึกษาของ Tirapat⁵ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับ functional level ซึ่งเป็นระดับต่ำที่สุด ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย (The Thailand Health Literacy Scale)²¹ โดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งพัฒนามาจาก WHO²² Nutbeam²³ HLS-EU-Q47 และ Health Literacy Questionnaire (HLQ) ของ Osborne²⁴ โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.968 การวิจัยนี้จึงใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยเป็นเครื่องมือ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (นับอายุถึง 28 กุมภาพันธ์ 2563) จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตร estimate single proportion โดยอ้างอิงจากรายงานของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับแย้อ้อยละ 13.5¹¹ และป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20 ดังนั้นจำนวนขนาดตัวอย่างอย่างน้อยที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้เท่ากับ 740 ราย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2563 – พฤษภาคม 2563 ใช้การสำรวจออนไลน์ โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (The Thailand Health Literacy Scale) โดยมีข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ และการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การแบ่งระดับ HL โดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 อยู่ในระดับมาก คะแนนระหว่างร้อยละ 60 และร้อยละ 80 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับน้อย แบบสำรวจจะถูกกระจายไปยังผู้นำชุมชนและชมรมผู้สูงอายุ ทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด และใช้ส่งต่อแบบ snow ball ผ่านโซเชียลมีเดีย เช่น line facebook ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้อ่านรายละเอียดการวิจัย (information sheet) และคลิกตกลงในการร่วมวิจัย (consent form) ก่อนที่จะทำแบบประเมิน การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ King's College, London ลงวันที่ 22 เมษายน 2563 (Ref. No.: MRSU-19/20-18402) โดยผู้ที่ตอบ

แบบสอบถามจำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (24 ข้อ) ของแบบประเมินจะตัดออกถือเป็นแบบประเมินที่ไม่สมบูรณ์ การวิเคราะห์ผล ทำโดยใช้ independent t-test, one-way ANOVA เพื่อหาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย การศึกษานี้ใช้โปรแกรม STATA 15

ผล

จากผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 790 คน นำข้อมูลแบบสอบถามมาวิเคราะห์ได้จำนวน 778 ฉบับ (ร้อยละ 98.48) โดยแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 12 ฉบับ เนื่องจากไม่ระบุอายุจำนวน 7 คน และตอบแบบสอบถามน้อยกว่า 24 ข้อจำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.32 ปี (SD = 4.09) ผู้ที่มีอายุมากที่สุด คืออายุ 89 ปี ในขณะที่อายุน้อยที่สุด คือ 60 ปี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉลี่ยเท่ากับ 181.6 คะแนน (SD = 26.70) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ที่ได้คะแนนสูงสุด

คือ 235 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำสุด คือ 77 คะแนน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (411/788, ร้อยละ 52.83) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง (ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 และร้อยละ 80) ผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 42.28 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูง (ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80) มีเพียงร้อยละ 4.88 เท่านั้นที่มีระดับความรอบรู้ที่ต่ำ (ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณารายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุได้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้คะแนนในระดับน้อย โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีจำนวนผู้สูงอายุได้คะแนนระดับมากเป็นจำนวนมากที่สุด คือ 343 คน คิดเป็นร้อยละ 44.09 ในขณะที่ด้านการสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม มีจำนวนผู้สูงอายุได้คะแนนระดับน้อยเป็นจำนวนมากที่สุด คือ 92 คน คิดเป็นร้อยละ 11.83

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุ คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย (SD)	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
		มาก		ปานกลาง		น้อย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	32.11(4.96)	343	44.09	408	52.44	27	3.47
ด้านที่ 2 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	20.35(3.26)	310	39.85	446	57.33	22	2.83
ด้านที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	23.89(3.95)	310	39.85	433	55.66	35	4.50
ด้านที่ 4 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	64.49(12.59)	249	32.01	437	56.17	92	11.83
ด้านที่ 5 การจัดการสุขภาพตนเอง	40.76(7.91)	215	27.63	480	61.70	83	10.67
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม)	181.60 (26.70)	329	42.28	411	52.83	38	4.88

Median = 183, IQR = 35 (164,199), Min = 77, Max = 235

พบว่า 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การศึกษา ($p < 0.001$) อาชีพ ($p < 0.001$) สถานะทางเศรษฐกิจ ($p < 0.001$) ระยะเวลา

ในการเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุดโดยรถยนต์ ($p = 0.001$) และความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ($p = 0.007$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n = 778)

คุณสมบัติ	จำนวน (ร้อยละ)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย (SD)	P-value
อายุ (ปี)			0.211 ^a
60 - 69	705 (90.62)	182.25 (26.28)	
70 - 79	61 (7.84)	186.21 (25.07)	
80 ขึ้นไป	12 (1.54)	172.08 (40.12)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n = 778) (ต่อ)

คุณสมบัติ	จำนวน (ร้อยละ)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย (SD)	P-value
เพศ			0.832 ^t
ชาย	360 (46.27)	182.19 (26.33)	
หญิง	418 (53.73)	182.59 (26.60)	
สถานภาพสมรส			0.059 ^a
โสด	103 (13.24)	178.81 (27.57)	
สมรส	539 (69.28)	183.86 (25.89)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	62 (7.97)	182.24 (26.49)	
หม้าย	71 (9.13)	176.21 (28.20)	
ระดับการศึกษา			<0.001 ^a
ปริญญาเอก	39 (5.01)	196.85 (24.48)	
ปริญญาโท	308 (39.59)	185.96 (25.03)	
ปริญญาตรี	317 (40.75)	179.36 (26.88)	
อนุปริญญา	57 (7.33)	183.40 (24.39)	
มัธยมศึกษา	29 (3.73)	180.10 (26.20)	
ประถมศึกษา/ไม่ได้ศึกษาในระบบ	27 (3.47)	156.19 (22.69)	
อาชีพ			<0.001 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	76 (9.77)	168.87 (26.37)	
เกษียณ	477 (61.31)	184.74 (25.96)	
ธุรกิจส่วนตัว	113 (14.52)	180.77 (27.22)	
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	52 (6.68)	185.15 (28.03)	
เกษตรกร	20 (2.57)	170.55 (23.35)	
ทำงานราชการ	29 (3.73)	186.28 (23.59)	
สถานะทางเศรษฐกิจ			<0.001 ^a
มีหนี้	151 (19.41)	180.22 (27.00)	
พอมือพอกิน	183 (23.52)	176.72 (27.34)	
มีทรัพย์สิน	436 (56.04)	185.90 (25.46)	
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพโดยรถยนต์ (นาที)			0.001 ^a
น้อยกว่า 10	274 (42.55)	186.64 (25.01)	
10 - 30	297 (46.12)	180.49 (26.35)	
มากกว่า 30	73 (11.34)	175.55 (32.53)	
โรคประจำตัว (โรค)			0.523 ^a
ไม่มี	240 (30.85)	183.85 (27.26)	
1	363 (48.21)	181.93 (25.89)	
2	112 (14.87)	179.79 (28.34)	
3	32 (4.25)	186.66 (19.68)	
4	6 (0.80)	175.00 (26.92)	
อาศัยในเขตเทศบาล			0.214 ^t
ใช่	686 (88.17)	182.70 (26.40)	
ไม่ใช่	86 (11.05)	178.94 (26.67)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n = 778) (ต่อ)

คุณสมบัติ	จำนวน (ร้อยละ)	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย (SD)	P-value
การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน (ต่อเดือน)			0.007 ^a
ไม่เคย	307 (42.29)	179.54 (28.47)	
น้อยกว่า 4 ครั้ง	327 (45.04)	182.77 (23.89)	
4 ครั้งขึ้นไป	92 (12.67)	189.30 (25.87)	
อาศัยอยู่กับ (ตอบได้หลายข้อ)			0.674 ^a
คนเดียว	71 (9.13)	178.92 (28.00)	
คู่สมรส	342 (44.36)	184.17 (25.92)	
บุตร	235 (30.48)	181.82 (25.69)	
พี่น้อง	56 (7.26)	179.02 (28.97)	
หลาน	47 (6.10)	179.53 (30.11)	
บิดามารดา	15 (1.95)	184.00 (20.82)	
เพื่อน	2 (0.26)	169.5 (0.71)	
ลูกจ้าง	3 (0.39)	179.67 (22.37)	

^a: result from one-way ANOVA, [†]: result from independent samples t-test

เมื่อนำตัวแปรที่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ผลดังนี้ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด เฉลี่ย 196.85 คะแนน (SD = 24.48) รองลงมาคือผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท คะแนนเฉลี่ย 185.96 คะแนน (SD = 25.03) ผู้ที่มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุดคือ ผู้ที่ไม่ได้ศึกษาในระบบและผู้ที่จบระดับประถมศึกษา 156.19 คะแนน (SD = 22.69) จากการวิเคราะห์พบว่าคู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาในระบบและผู้ที่จบประถมศึกษา มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก ($p < 0.001$) ปริญญาโท ($p < 0.001$) ปริญญาตรี ($p < 0.001$) อนุปริญญา ($p < 0.001$) และมัธยมศึกษา ($p = 0.007$) นอกจากนี้ ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก ($p = 0.001$) และปริญญาโท ($p = 0.017$)

อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่ทำงานราชการมีระดับความรอบรู้มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 186.28 คะแนน (SD = 23.59) ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 168.87 คะแนน (SD = 26.37) พบว่าคู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่เกษียณ ($p < 0.001$) ประกอบธุรกิจส่วนตัว ($p = 0.027$) รับจ้างหรือพนักงานบริษัท ($p = 0.008$) และทำงานราชการ ($p = 0.029$)

ระดับสถานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ที่มีทรัพย์สิน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 185.90 คะแนน (SD = 25.46) ผู้ที่พอมีพอกินมีคะแนนเฉลี่ย 176.72 คะแนน (SD

= 27.34) ผู้ที่มีทรัพย์สินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่พอมีพอกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการสุขภาพที่ใกล้ที่สุดโดยรถยนต์ มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่ใช้เวลาเดินทางน้อยกว่า 10 นาที มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยมากที่สุด 186.64 คะแนน (SD = 25.01) ผู้ที่ใช้เวลาเดินทางมากกว่า 30 นาที มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 175.55 คะแนน (SD = 32.53) คู่ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่ใช้เวลาเดินทางน้อยกว่า 10 นาทีมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ใช้เวลา 10 – 30 นาที ($p = 0.016$) และผู้ที่ใช้เวลามากกว่า 30 นาที ($p = 0.005$)

ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดย ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน อย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 189.30 คะแนน (SD = 25.87) ในขณะที่ผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเลย มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 179.54 คะแนน (SD = 28.47) คู่ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่ร่วมกิจกรรมชุมชนอย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเลย ($p = 0.005$)

วิจารณ์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความซับซ้อนและประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง ในการที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจบริบททางสังคม การศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ร้อยละ 52.83 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.28 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูง มีเพียงร้อยละ 4.88 เท่านั้นที่มีระดับความรู้ที่อยู่ในระดับน้อย นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับปานกลางในทุก ๆ ด้าน ซึ่งการศึกษานี้มีความแตกต่างจาก Tirapat⁵ และ Nilnate¹⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับ functional level ซึ่งเป็นระดับต่ำที่สุด เนื่องจากใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน

การศึกษานี้พบว่า มี 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาการเดินทางจากที่อยู่อาศัยไปยังสถานบริการสุขภาพโดยรถยนต์และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน

การศึกษาทำให้มีความสามารถในการอ่าน เขียน ฟังข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และยังปลูกฝังการคิดแบบมีเหตุผล จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tirapat⁵ และ Nilnate¹⁹

อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่รับราชการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าอาชีพอื่นหรือไม่ประกอบอาชีพ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Bodur¹⁷ และ Xie¹⁸ ที่เป็นเช่นนี้เป็นผลมาจาก ผู้ที่รับราชการอย่างน้อยต้องจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และข้าราชการมีแนวโน้มจะทราบนโยบายทางสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วกว่าอาชีพอื่น ๆ ผลจากการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำในตอนกลางของประเทศจีน ประเทศตุรกีและประเทศเวียดนาม^{17,18,25}

สถานะทางเศรษฐกิจสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพ สอดคล้องกับหลายงานวิจัย^{5,17} ผู้ที่มีทรัพย์สินมีความสามารถในการพัฒนาตนเอง และผู้ที่มีศักยภาพก็สามารถสร้างทรัพย์สินจากความรู้ความสามารถของตนเองได้เช่นกัน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nilnate¹⁹ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจและความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเกิดจากผู้เข้าร่วมวิจัยมีสถานะทาง

เศรษฐกิจใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 92.24 ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย)¹⁹

ระยะเวลาเดินทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการทางสุขภาพ โดยรถยนต์มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tirapat⁵ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาเดินทางและความรู้ทางสุขภาพ เพราะทำการศึกษาในจังหวัดตรัง ทุกคนรับการบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสามารถเดินทางมาได้อย่างสะดวก

การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tirapat⁵ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับทราบข้อมูลใหม่ ๆ ได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ การศึกษานี้เป็นข้อมูลจากผู้สูงอายุที่สามารถทำแบบสอบถามออนไลน์ได้ ไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุทั่วไป จึงอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในไทยได้ทุกกลุ่ม

สรุป

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีปัจจัย 5 ประการ ที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับสถานะทางเศรษฐกิจ ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการทางสุขภาพโดยรถยนต์ ส่วนปัจจัย อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และสมาชิกที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงควรจัดบริการสุขภาพให้สะดวกแก่การเข้าถึงของผู้สูงอายุ และส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมในชุมชนเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

References

1. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Luxembourg: WHO; 2015.
2. Zheng M, Jin H, Shi N, et al. The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):1-10.
3. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults. Gerontol Geriatr Med. 2016;2:1-13.
4. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: A cross-sectional study in Switzerland. BMJ. 2018;8(2):1-9.
5. Tiparat W, Suwanweala S, Wauters Y. Factors predicting health literacy of older people with hypertension and co-morbidity in Trang Province. The South College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020;7(August):26-38.
6. Wannasirikul P, Termsirikulchai L, Sujirarat D, Benjakul S, Tanasugarn C. Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2016;47(1):109-120.
7. Ingram RR, Ivanov LL. Examining the association of health literacy and health behaviors in African American older adults: Does health literacy affect adherence to antihypertensive regimens?. J Gerontol Nurs. 2013;39(3):22-32.
8. World Health Organization. Health literacy and health promotion. Nairobi: The 7th Global Conference on Health Promotion, Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap; 2009.

9. Parker RM, Williams MV, Weiss BD, et al. Health literacy report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*. 1999;281(6):552-557.
10. World Health Organization. *The Solid Facts*. Copenhagen: WHO; 2013.
11. Ministry of Digital Economy and Society. *Report on the 2017 Survey of the Older Persons in Thailand*. Bangkok: Statistical Forecasting Division National Statistical Office, 2017.
12. National Statistical Office. *ICT Statistics [Internet]*. 2019 [cited 11 September 2020]. Available from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/16.aspx/>
13. National Statistical Office. *Survey of information technology and communication usage in population 2020 [Internet]*. 2020 [cited 16 September 2021]. Available from <http://www.nso.go.th/sites/2014>
14. Guess AM, Nyhan B, Reifler J. Exposure to untrustworthy websites in the 2016 US election. *Nat Hum Behav*. 2020;4(5):472-480.
15. Grinberg N, Joseph K, Friedland L, Swire-Thompson B, Lazer D. Fake news on Twitter during the 2016 U.S. presidential election. *Science*. 2019;363(6425):374-378.
16. Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K. *Literacy and Health in America*. New Jersey: Health San Francisco; 2004.
17. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Factors affecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1):100-109.
18. Xie Y, Ma M, Zhang YN, Tan X. Factors associated with health literacy in rural areas of Central China: Structural equation model. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):300.
19. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res*. 2016;30(5):315-321.
20. Junkhaw Y, Munisamy M, Samrongthong R, Taneepanichkul S. Factors associated with health literacy in suburban Bangkok type 2 diabetics(T2DM): A Cross-Scectional Survey. *J Med Assoc Thai*. 2019;102:809-815.
21. Intarakamhang U. *Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales*. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health; 2017.
22. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO; 1998.
23. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *Int J Public Health*. 2009;54(5):303-305.
24. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13(1):658.
25. Van Hoa H, Giang HT, Vu PT, Van Tuyen D, Khue PM. Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. *BioMed Res Int*. 2020;2020:1-7.