

## ความแตกฉานทางสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์

### Health Literacy of elder monks in Priest Hospital

ลือรัตน์ อนูรัตน์พานิช (Luerat Anuratpanich)<sup>\*</sup>

ปริญดา พีร์ธรรมานนท์ (Parinda Peradhammanon)<sup>\*\*</sup>

มนทยา สุนันท์วิวัฒน์ (Montaya Sununthiwat)<sup>\*\*\*</sup>

ภนิดา สรรพกิจภิญโญ (Panita Sappakitpinyo)<sup>\*\*\*\*</sup>

ภณทิลา สุภัทรศักดิ์ดา (Phanthila Supattarasakda)<sup>\*\*\*\*\*</sup>

ศรัณย์ กอสนาน (Sarun Gorsanan)<sup>\*\*\*\*\*</sup>

#### บทคัดย่อ

ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพในทุกช่วงวัย พระสงฆ์สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น และมีลักษณะบางประการแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากมีวิถีชีวิตที่อิงกับพระวินัยในศาสนาพุทธ ถ้าพระสงฆ์สูงอายุมีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำอาจส่งผลให้เกิดโรค และ ปัญหาสุขภาพ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณของความแตกฉานในพระสงฆ์สูงอายุแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์ 1. ศึกษาระดับความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ และ 2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เครื่องมือในการวิจัยคือ แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพ โดยมีประชากรที่จะศึกษาเป็น พระสงฆ์อายุมากกว่า 60 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน และ/หรือ โรคไขมันในเลือดสูง ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยแจกแบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 รูป ในช่วงเดือนตุลาคม 2560- มกราคม 2561 และได้รับการตอบกลับจำนวน 222 รูป คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 70.25 ผลการวิจัยพบว่า มีเพียงร้อยละ 54.5 ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพในขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นขั้นต่ำสุดของความแตกฉานทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพได้แก่ ได้แก่ การศึกษาทางโลก การทราบผลกระทบจากโรคที่เป็น

<sup>\*</sup> อาจารย์ ดร. ประจำสาขาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Lecturer ,Dr. Social and administrative pharmacy division Faculty of Pharmacy Mahidol University luerat.anu@mahidol.ac.th,

<sup>\*\*</sup> หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สงฆ์ กรมการแพทย์ Pharmacy department head Priest Hospital Parinda.kung@hotmail.com

<sup>\*\*\*</sup> อาจารย์ ดร. ประจำสาขาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Lecturer,Dr. Social and administrative pharmacy division Faculty of Pharmacy Mahidol University montaya.sun@mahidol.ac.th

<sup>\*\*\*\*</sup> นักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Pharmacy student Faculty of Pharmacy Mahidol University bravery.sonata@msn.com

<sup>\*\*\*\*\*</sup> นักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Pharmacy student Faculty of Pharmacy Mahidol University sphanthila@gmail.com

<sup>\*\*\*\*\*</sup> อาจารย์ ดร. ประจำสาขาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ Lecturer,Dr. Social and Administrative pharmacy division Faculty of Pharmacy Huachiew Chalermprakiet University sarun103@gmail.com

ความสามารถในการอ่านฉลากยา และ ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 25.5

**คำสำคัญ :** ความแตกฉานทางสุขภาพ พระสงฆ์สูงอายุ ผู้สูงอายุ

### Abstract

Health literacy is one of the factors related to health outcome. Elderly monk are the population which are increasing and different from normal elder people in some aspects because of their lifestyle. They strictly rely on the Buddhist monk discipline. If the elder monks have low health literacy, diseases and health problem are the consequences.

This study was a cross sectional quantitative research. Objectives were; to study the health literacy level of elder monks and to study factors affecting health literacy of elderly monks. Health literacy assessment has been used. Population of this research was Buddhist monks who were older than 60 years, suffering from Hypertension and/or Diabetes mellitus and/or Dyslipidemia and treated at OPD of Priest hospital Bangkok. Questionnaires were distributed to 361 elderly monks during October 2017- January 2018. Returned data was 222 which meant 70.25% complete rate. The result found that 54.5% of the respondents were in fundamental/basis health literacy which was the lowest level. Factors affecting health literacy composed of Education, Knowing the impact of the diseases, ability to read drug label and ability to recognize drug and how to take. All of these factors were able to predict health literacy of elder monks at 25.5%

**Keywords:** Health literacy, elder monk, the elder

### บทนำ

เมื่อ พ.ศ. 2558 องค์การสหประชาชาติได้รายงานสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) ว่าใน พ.ศ. 2574 จะมีประชากรสูงอายุ หรือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสองเท่าของจำนวนประชากรสูงอายุในปีที่รายงาน (Department of Economics and Social Affair, Population Division, United Nation, 2015; 9) นับเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง เช่นเดียวกับประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะทวีความรุนแรงจนเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ (Super ageing society) และจะมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 ของประชากรไทยทั้งหมด ใน พ.ศ. 2593 (Nilnate et al, 2016: 315) ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่เกิดความเสี่ยงของร่างกาย มักจะพบความเจ็บป่วย หรือ โรคต่างๆมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น มีข้อมูลระบุว่า ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น (Anderson and Horrath, 2004: 263-70; Marengoni et al, 2008: 1198-200) ป๋มวดี ช่างเพชร และผกามาศ ไมตรีมิตร (2558: 51) คาดการณ์ว่า

ในอนาคตร้อยละ 50 ของโรคที่เกิดขึ้นกับประชากรโลกจะเป็นโรคที่ไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ถ้ามีความแตกฉานทางสุขภาพสูง

พระสงฆ์สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีวิถีชีวิตแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากต้องดำเนินชีวิตตามพระวินัย เช่น การฉันอาหารจากการบิณฑบาต จึงไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพ และไม่ก่อโรคได้ (Pongnumkul et al, 2011: 38) ประกอบกับมีข้อจำกัดด้านการออกกำลังกาย เช่น การไม่สามารถเดินเร็ว หรือว่ายน้ำเพื่อการออกกำลังกายได้ จึงทำให้พระสงฆ์สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคจากกลุ่มอาการเมตาบอลิก (Metabolic syndromes) ได้มากขึ้น (มินตรา สารรักษ์ วรรัตน์ สังวะลี และวิลาศ คำแพงศรี, 2560: 38) ช่วง พ.ศ. 2549-2550 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดเผยผลการคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วประเทศพบ พระสงฆ์มีภาวะเจ็บป่วยร้อยละ 30.54 (พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, 2557: 5) และ สถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ของพระภิกษุประจำปี พ.ศ. 2558 พบว่า โรคที่พระภิกษุเป็นมากที่สุด 5 อันดับ คือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายหรือไตล้มเหลว และโรคข้อเข่าเสื่อม (MGR online, 2560)

ในรอบหลายปีที่ผ่านมาประเทศไทย และนานาชาติมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998: 349-64) ได้นำเสนอแนวคิดเรื่อง ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health Literacy) อันเป็นระดับความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในวิธีการเพื่อทำให้มีสุขภาพดี เป็นที่สังเกตว่าช่วงพ.ศ. 2550-2555 มีเอกสารงานวิจัย และ บทความเกี่ยวกับความแตกฉานทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นห้าเท่าเมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้า แสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวคิดความแตกฉานทางสุขภาพกันอย่างแพร่หลาย (Estacio and Coming, 2013: 997-1003) ทั้งนี้เพราะความแตกฉานทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในหลายประการ โดยเฉพาะระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่ต่ำจะสัมพันธ์กับ การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาล การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การลดลงของระดับความสามารถในการจัดการตนเองด้านโรคเรื้อรัง และ การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมที่ไม่ดี เป็นต้น (อาณัติ วรรณศรี และ คณะ, 2558: 2)

ความแตกฉานทางสุขภาพ ตามแนวคิดของ Don Nutbeam (2008: 2072-80) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ จากต่ำสุด ดังนี้ 1. ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional/basic) 2. ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive/communicative) และ 3. ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ (Critical) Nilnate et al (2016: 316-17) ได้ให้ความหมายของความแตกฉานในแต่ละระดับดังนี้

ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การบันทึกข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเข้าใจข้อมูลทั้งข้อเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การมีทักษะขั้นพื้นฐาน และการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้งานวิจัยนี้จึงดำเนินการเพื่อศึกษาระดับความแตกฉานทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพ ในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน และ/หรือ โรคไขมันในเลือดสูง ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนตุลาคม 2560- มกราคม 2561 เนื่องจากยังมีงานวิจัยไม่มากนักในกลุ่มประชากรพระสงฆ์สูงอายุ งานวิจัยนี้จะทำให้เข้าใจสถานการณ์ด้านความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมความแตกฉานทางสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุต่อไป

### วิธีการศึกษา(หรือ)วิธีวิจัย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

### วิธีการวิจัย

#### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ พระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 316 รูป โดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane จากจำนวนประชากรพระสงฆ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ไขมันในเลือดสูง จำนวนทั้งสิ้น 1,821 คน โดยใช้การสุ่มแบบสะดวก (Convenient sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. เป็นพระภิกษุที่อายุมากกว่า หรือเท่ากับ 60 ปี
2. มีประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคเบาหวาน และ/หรือ โรคไขมันในเลือดสูง
3. มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์แบบผู้ป่วยนอกในช่วงเดือนตุลาคม 2560 - มกราคม 2561

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ พระภิกษุที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล

### เครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้มีองค์ประกอบ 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ใช้สอบถาม ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ การศึกษา ตำแหน่ง การมองเห็น ความจำ เป็นต้น โดยแบบสอบถามจะเป็นแบบเติมคำ และ ตัวเลือก ส่วนที่ 2 คือ แบบวัดระดับความแตกฉานทางสุขภาพ ของ วรณศิริ นิลเนตร โดยผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม สำหรับแบบวัดระดับความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นแบบทดสอบชนิดมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (3-level Likert scale) แล้วนำมาคำนวณโดยใช้ค่าน้ำหนักตามแนวคิดของวรณศิริ นิลเนตร และนำคะแนนที่ได้มาแจกแจงเป็นขั้นตามความแตกฉานทางสุขภาพ (คะแนนเต็ม คือ 11,46) มีคะแนนที่แยกแยะขั้นของความแตกฉานทางสุขภาพ ดังนี้

ระดับคะแนนต่ำกว่า	1.56	หมายถึง ระดับความแตกฉานทางสุขภาพ ต่ำกว่าขั้นพื้นฐาน
ระดับคะแนน	1.56-5.28	หมายถึง ระดับความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน
ระดับคะแนน	5.29-9.45	หมายถึง ระดับความแตกฉานทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์
ระดับคะแนนมากกว่า	9.46	หมายถึง ระดับความแตกฉานทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ

มีการวัดค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวัดค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence หรือ IOC) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และทำการปรับปรุงและแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จนข้อคำถามทุกข้อได้คะแนน IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 คะแนน และทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการเก็บข้อมูลจำนวน 30 ชุด จากพระสงฆ์ที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย โดยแบบสอบถามทั้งชุดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.861 และงานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตามเอกสารหมายเลข 12/2560

### การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามแก่พระสงฆ์ที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 361 รูป บริเวณห้อยยานอก โรงพยาบาลสงฆ์ แล้วรอรับแบบสอบถามกลับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความไม่เข้าใจในเนื้อหาสามารถขอคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ การเก็บข้อมูลดำเนินการในระหว่างเดือน ตุลาคม 2560- เดือน มกราคม 2561

### ผลการศึกษา (หรือ) ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับข้อมูลตอบกลับที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวน 222 ชุด จากจำนวนแบบสอบถามที่ส่งออกทั้งสิ้น 316 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 70.25 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.49 ปี (SD = 6.69) โดยมีอายุต่ำที่สุด 60 ปี และอายุมากที่สุด 88 ปี พระสงฆ์ที่ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 86.9 เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 52.3 เป็นนักรธรรมเอก ร้อยละ 81.5 มีการศึกษามากกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.19 มีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 34.68 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 26.1 มีโรคประจำตัว 3 โรค และ ร้อยละ 60.6 อยู่ที่วัดต่างจังหวัด (ตาราง 1)

ข้อมูลด้านร่างกายและสังคมของพระสงฆ์ (ตาราง 2) พบว่า ร้อยละ 66.7 มีการจดจำยาและวิธีใช้ยาได้ดีมาก ร้อยละ 89.6 มีความสามารถในการมองเห็นฉลากยาดีมาก ร้อยละ 91.0 สามารถอ่านฉลากยาได้ดีมาก ร้อยละ 92.3 เข้าใจความหมายจากฉลากยาได้ดีมาก ร้อยละ 85.6 มาพบแพทย์ตามนัดหมายทุกครั้ง ร้อยละ 91.0 เข้าใจการสื่อสารจากแพทย์มาก ร้อยละ 56.9 ไม่ทราบผลกระทบของโรคที่เป็น ร้อยละ 82.4 ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ 90.5 ไม่มีผู้ดูแลด้านยา ร้อยละ 56.9 ไม่ทราบผลกระทบของโรคที่เป็น และ ร้อยละ 82.4 ไม่ได้รับผลข้างเคียงจากยา

ผลการวัดระดับความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า ร้อยละ 45.5 หรือ 101 รูป มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพต่ำกว่าขั้นพื้นฐาน และ ร้อยละ 54.5 หรือ 121 รูปมีระดับความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในขั้นพื้นฐาน และไม่มีพระสงฆ์ในงานวิจัยนี้มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และ ขั้นวิจารณ์ญาณ (ตาราง 3 )

งานวิจัยนี้ยังพบว่า การศึกษาทางโลก ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา การมองเห็นฉลากยา ความสามารถในการอ่านฉลากยา และ การทราบผลกระทบของโรคที่เป็น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความ

แตกฉานทางสุขภาพในระดับปานกลางถึงน้อย ในขณะที่ อายุ และ การได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ในทางผกผันในระดับต่ำกับระดับความแตกฉานทางสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความแตกฉานทางสุขภาพ โดยการวิเคราะห์โดย Step-wised Multiple Regression ได้แก่ การศึกษาทางโลก การทราบผลกระทบบของโรคที่เป็น ความสามารถในการอ่านฉลากยา และ ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา โดยมีค่า R2 เท่ากับ 0.255 และสามารถเขียนในรูปสมการได้ดังนี้

$$Y = -1.368 + 0.771 X_1 + 0.768 X_2 + 0.644 X_3 + 0.563 X_4$$

โดยที่ Y คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ X1 คือ การทราบผลกระทบบของโรคที่เป็น X2 คือระดับการศึกษาทางโลก X3 คือ ความสามารถในการอ่านฉลากยา และ X4 คือ ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา

ตาราง 1 ความถี่ และ ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป (n=222)	ความถี่	ร้อยละ
<b>ตำแหน่งในวัด</b>		
-พระลูกวัด	193	86.9
-รองเจ้าอาวาส	16	7.2
-เจ้าอาวาส	13	5.9
<b>การศึกษาทางธรรม</b>		
-นักธรรมชั้นเอก	116	52.3
-นักธรรมชั้นโท	30	13.5
-นักธรรมชั้นตรี	40	18.0
-ไม่มีการศึกษาทางธรรม	36	16.2
<b>การศึกษาทางโลก</b>		
-ต่ำกว่าปริญญาตรี	181	81.5
-ปริญญาตรีขึ้นไป	41	18.5

## ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (n=222)	ความถี่	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
เป็นทั้ง 3 โรค	58	26.1
-เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง	55	24.8
-เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	17	7.7
-เป็นโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง	15	6.8
เป็น 2 โรค (รวม)	87	39.19
-เป็นโรคความดันโลหิตสูง	46	20.7
-เป็นโรคไขมันในเลือดสูง	21	9.5
-เป็นโรคเบาหวาน	10	4.5
เป็น 1 โรค (รวม)	77	34.68
<b>ที่ตั้งของวัด</b>		
-ต่างจังหวัด	134	60.4
-กรุงเทพมหานคร	88	39.6

## ตาราง 2 ความถี่ และ ร้อยละ ของข้อมูลทางร่างกาย และ สังคมของพระสงฆ์สูงอายุ

ข้อมูลทางร่างกาย และ สังคม (n=222)	ความถี่	ร้อยละ
<b>การจดจำยาและวิธีใช้ยา</b>		
-จดจำได้ดีมาก	148	66.7
-จดจำได้บ้าง	38	17.1
-จดจำไม่ได้	36	16.2

## ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทางร่างกาย และ สังคม (n=222)	ความถี่	ร้อยละ
<b>การมองเห็นฉลาก</b>		
-มองเห็นได้ดีมาก	199	89.6
-มองเห็นบ้าง	21	9.5
-มองไม่เห็นเลย	2	0.9
<b>ความสามารถในการอ่านฉลาก</b>		
-อ่านฉลากยาได้ดีมาก	202	91.0
-อ่านฉลากยาได้บ้าง	17	9.5
-อ่านฉลากยาไม่ได้เลย	3	1.4
<b>ความเข้าใจในฉลากยา</b>		
-เข้าใจฉลากยาได้ดีมาก	205	92.3
-เข้าใจบ้าง	11	5.0
-ไม่เข้าใจเลย	6	2.7
<b>ความสม่ำเสมอในการมาพบแพทย์ตามนัดหมาย</b>		
-มาทุกครั้ง	190	85.6
-มาบ่อยครั้ง (ไม่มาพบแพทย์มากกว่า 1 ครั้งต่อปี)	31	14.0
-มาบางครั้ง (ไม่มาพบแพทย์น้อยกว่า 1 ครั้งต่อปี)	1	0.5
<b>ความเข้าใจในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์</b>		
-เข้าใจการสื่อสารมาก	202	91.0
-เข้าใจบ้าง	17	7.7
-ไม่เข้าใจ	3	1.4
<b>การมีผู้ดูแล</b>		
-มีผู้ดูแล	201	90.5
-ไม่มีผู้ดูแล	21	9.5
<b>การทราบผลกระทบของโรคที่เป็น</b>		
-ไม่ทราบ	132	56.9
-ทราบ	90	38.8
<b>อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการจัดการ</b>		
- ไม่เกิดผลข้างเคียงของยา	183	82.4
- เกิดผลข้างเคียงของยา แต่ทนได้	19	8.6
- เกิดผลข้างเคียงของยา จึงหยุดยา	17	7.7
- เกิดผลข้างเคียง จึงหยุดยา เมื่ออาการดีขึ้นจึงทานยาต่อ	3	1.4



**ตาราง 3** จำนวน และ ร้อยละของพระสงฆ์แบ่งตามระดับของความแตกฉานทางสุขภาพ

ระดับ	คะแนนเต็ม	เกณฑ์ในการจัดระดับ	จำนวนคน	ร้อยละ
ต่ำกว่าขั้นพื้นฐาน		ต่ำกว่า 1.56	101	45.5
ขั้นพื้นฐาน	3.12	1.56 ขึ้นไป	121	54.5
ขั้นปฏิสัมพันธ์	4.34	5.29 ขึ้นไป	0	0
ขั้นวิจารณ์ญาณ	4.00	9.46 ขึ้นไป	0	0
รวม	11.46		222	100

**ตาราง 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของความแตกฉานทางสุขภาพกับปัจจัยต่างๆ

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P
อายุ	-0.174**	0.01
การศึกษาทางโลก	0.264**	<0.01
ความจำ	0.355**	<0.01
การมองเห็น	0.148*	0.028
การอ่าน	0.188**	0.005
การทราบผลกระทบของโรคที่เป็น	0.349**	<0.01
การได้รับผลข้างเคียงจากยา	-0.203*	0.002

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติด้วยระดับความเชื่อมั่น 99% \*มีนัยสำคัญทางสถิติด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

**ตาราง 5** ค่า B Standard Error beta t และ P ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพ

	B	Std. Error	Beta	t	P
ค่าคงที่	-1.368	0.889	-	-1.539	0.125
ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา	0.563	0.130	0.263	4.340	<0.001**
การทราบผลกระทบของโรคที่เป็น	0.771	0.203	0.234	3.796	<0.001**
การศึกษาทางโลก	0.768	0.228	0.204	3.376	0.001**
ความสามารถในการอ่านฉลากยา	0.644	0.202	0.138	2.282	0.023*
R = 0.505 R <sup>2</sup> = 0.255 R <sup>2</sup> adjust = 0.241					

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติด้วยระดับความเชื่อมั่น 99% \*มีนัยสำคัญทางสถิติด้วยระดับความเชื่อมั่น 95%

### อภิปรายผล

ระดับความแตกฉานทางสุขภาพ

ร้อยละ 54.5 (121 รูป) ของพระสงฆ์สูงอายุในงานวิจัยนี้มีความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (ตาราง 3) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยในผู้สูงอายุในประเทศจีน มลรัฐเพนซิลเวเนีย และ มลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็น ร้อยละ 31.3, 24.0 และ 24.3 ตามลำดับ (Sudore et al, 2006; Li Lee and Li, 2009; Federman et al, 2009 ใน Nilnate et al, 2016: 319) แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์สูงอายุมีความแตกฉานทางสุขภาพที่จำกัด ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการดูแลสุขภาพได้

แต่ร้อยละของจำนวนพระสงฆ์ที่มีความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ต่ำกว่างานวิจัยของวรรณศิริและคณะที่มีร้อยละของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ร้อยละ 95 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งให้เห็นว่าผู้สูงอายุในงานวิจัยของวรรณศิริ และคณะ มีความแตกฉานทางสุขภาพสูงกว่าพระสงฆ์ในงานวิจัย อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และ ได้รับข้อมูลสุขภาพผ่านหน่วยงานทางสาธารณสุขและหน่วยงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรมกว่าพระสงฆ์ที่จะได้รับข้อมูลสุขภาพเมื่อมารับการรักษา และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่วัดได้น้อยกว่า เนื่องจากมีข้อจำกัดทางสมณวิสัย และ พระวินัย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของพระสงฆ์สูงอายุกับความแตกฉานทางสุขภาพ

จากตาราง 4 จะพบปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ไปทิศทางเดียวกับความแตกฉานทางสุขภาพอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ โดยจะอภิปรายตามลำดับดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางผกผันกับความแตกฉานทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ พระสงฆ์สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายโดยเฉพาะสายตา การได้ยิน และการสื่อสาร อาจทำให้เป็นอุปสรรคในการรับข้อมูลทางสุขภาพ และประกอบกับศักยภาพทางสมองอาจถดถอยลงไปจึงทำให้ประสิทธิภาพในการใช้ข้อมูล หรือ การใช้วิจารณ์ญาณ อาจมีปัญหาจึงส่งผลให้ความแตกฉานทางสุขภาพต่ำลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น สอดคล้องกับ Davis et al (2006: 890) ที่พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพที่ต่ำมีความเกี่ยวข้องกับอายุที่สูงขึ้น จะมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาทางโลก มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับความแตกฉานทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ระดับการศึกษาทางโลกที่สูงขึ้นทำให้ ความสามารถในการอ่าน และวิเคราะห์ข้อมูลทำได้ดีขึ้น และมีการนำความสามารถนี้มาประยุกต์กับการรับข้อมูลทางสุขภาพ และทำให้มีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในช่องทางหลากหลายขึ้น อันจะส่งผลดีระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงขึ้น สอดคล้องกับข้อค้นพบของ นางลักษณ์ และคณะ ( 2557: 53) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะส่งผลดีต่อความแตกฉานทางสุขภาพ และยังสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ Nilnate et al (2016: 319) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำจะส่งผลให้ความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำด้วย

ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับความแตกฉานทางสุขภาพ ทั้งนี้เพราะ การจดจำตัวยาและการใช้ยาได้นับเป็นผลลัพธ์ของการสื่อสารที่เข้าใจ และ การจดจำรายละเอียดของขั้นตอนการใช้ยา เป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงให้ถึงความแตกฉานทางสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chew Bradley and Boyko (2004: 591) ที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำมักจะจดจำยาและวิธีการใช้ยาได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานทางสุขภาพดีกว่าการมองเห็นฉลากยา และ ความสามารถในการอ่านฉลากยา มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำในทิศทางเดียวกับความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ อาจเป็นเพราะ การมองเห็น และ การอ่าน เป็นพื้นฐานสำคัญการสื่อสารเพื่อรับข้อมูลทางสุขภาพ ถ้า ความสามารถเหล่านี้ถดถอยลงจะส่งผลต่อการลดลงของความแตกฉานทางสุขภาพด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับงานทบทวน

วรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือวัดความแตกฉานทางสุขภาพโดย Altin et al, (2014;4) ที่พบทั้งหมดของเครื่องมือวัดความแตกฉานทางสุขภาพทั้งหมดที่สำรวจพบ จำนวน 17 ชิ้นที่ใช้ความสามารถในการมองเห็นและการอ่าน (Print literacy) เป็นเกณฑ์สำคัญในการวัดความแตกฉานทางสุขภาพ

การทราบผลกระทบของโรคที่เป็น มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางในทิศทางเดียวกับความแตกฉานทางสุขภาพ อาจเป็นเพราะ การทราบผลกระทบของโรคที่เป็น ความสนใจที่จะรับข้อมูลของโรคที่เป็นจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการค้นหาข้อมูลสารสนเทศของโรคนั้นๆ สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทราบผลกระทบของโรคจะมีระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Davis et al (2006: 890) ที่พบกลุ่มที่มีความแตกฉานทางสุขภาพขั้นสูงจะทราบผลการข้างเคียง และวิธีใช้ยาที่ต้องมากกว่ากลุ่มที่มีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำกว่าการได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับความแตกฉานทางสุขภาพ อาจเป็นเพราะการที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำ ส่งผลให้ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา หรือ ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จึงได้รับผลกระทบจากการใช้ยา ในทางกลับกันสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกฉานทางสุขภาพสูง จะทำให้โอกาสได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดลงเนื่องจากสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ถูกต้อง หรือ สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ เป็นต้น

#### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพ

งานวิจัยนี้พบว่า การศึกษาทางโลก การทราบอาการข้างเคียงจากยา ความสามารถในการอ่านฉลาก และ ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพ โดยที่ปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายความแตกฉานทางสุขภาพได้ร้อยละ 25.5 (ตาราง 5)

การศึกษาทางโลก การศึกษาทางโลกเป็นที่ยอมรับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมความแตกฉานทางสุขภาพ (Nutbeam, 2008: 2072-3) เมื่อการศึกษาทางโลกของพระสงฆ์สูงขึ้นจะทำให้ความแตกฉานทางสุขภาพสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาที่สูงขึ้นเป็นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ และข้อมูลสุขภาพ รวมถึงมีความเข้าใจคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์จนสามารถปฏิบัติตามได้ ที่สำคัญการศึกษาจะสร้างความคิดเชิงวิเคราะห์โดยเฉพาะการศึกษาระดับสูง อันจะนำมาซึ่งความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงขึ้นจากขั้นพื้นฐาน สู่ขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณในที่สุด

การทราบผลกระทบของโรคที่เป็น เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกฉานทางสุขภาพ อาจเนื่องจาก การที่พระสงฆ์ทราบถึงผลกระทบของโรคจากการค้นหา เข้าถึง ข้อมูลของโรค ซึ่งปกติจะมีการสื่อสารผ่านหลายช่องทางเช่น การสื่อสารโดยบุคลากรทางการแพทย์ ข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ ได้แก่ ฉลากยา เอกสารกำกับยา รวมทั้งข้อมูลบนสื่อสังคมออนไลน์ อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการค้นหาข้อมูลเพื่อทราบผลกระทบของโรค สอดคล้องกับงานวิจัยเมื่อเร็วๆ นี้ที่ระบุว่า การทราบผลกระทบของโรคที่ญาติเป็นทำให้เกิดความสนใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง อันนำมาซึ่งการป้องกันโรคได้ หรือ การมีความแตกฉานทางสุขภาพที่ดีขึ้น (ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และ ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2558: 75-6) ซึ่งเมื่อพระสงฆ์พฤติกรรมดังกล่าวย่อมจะส่งผลให้มีความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงขึ้น (Nutbeam, 2008; 2073, Davis et al, 2006; 890)

ความสามารถในการอ่านฉลาก การอ่านฉลากยาเป็นส่วนหนึ่ง que แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการอ่านของพระสงฆ์สูงอายุและเป็นที่ยอมรับกันว่าการอ่านเป็นปัจจัยพื้นฐานของความแตกฉานทางสุขภาพ (Nutbeam,2008; 2072) โดยเฉพาะการรับข้อมูลทางสุขภาพที่จำเป็น และมีประโยชน์ต่อการรักษาโรค รวมถึงการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยเฉพาะวิธีการใช้ยาและข้อมูลคำแนะนำด้านยา ดังนั้นการที่มีความสามารถในการอ่านของพระสงฆ์จะส่งผลต่อความแตกฉานทางสุขภาพ

ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพ ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยาที่สูงขึ้นจะส่งผลต่อความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงขึ้นอาจเนื่องจาก เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมียังมีความสามารถในการจดจำตัวยาและวิธีใช้ยาได้ น่าเป็นหลักฐานที่พอจะยืนยันถึงสมรรถภาพทางสมอง หรือพุทธิปัญญาของพระสงฆ์ ซึ่งสมรรถภาพดังกล่าวเป็นพื้นฐานสำคัญในการคิด วิเคราะห์ ปัญหาต่างๆ อันจะทำให้สามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008; 2075) รวมถึงการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างง่ายของตนเองได้โดยไม่ต้องได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นตัวชี้บ่งว่ามีความแตกฉานทางสุขภาพที่สูงขึ้น

### สรุปผล

การศึกษาระดับความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ พบว่าระดับความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในขั้นพื้นฐานคิดเป็นร้อยละ 54.5 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งนับว่ามีความแตกฉานทางสุขภาพจำกัด (Limited Health Literacy) กล่าวคือยังคงปฏิบัติตามคำสั่งของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นยังไม่สามารถคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ นับว่าเป็นสิ่งที่น่าวิตกมาก เนื่องจากการมีความแตกฉานทางสุขภาพที่ต่ำจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี และจะส่งผลกระทบต่อด้านลบติดตามมาก ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์ได้แก่ การศึกษาทางโลก การทราบอาการข้างเคียงจากยา ความสามารถในการอ่านฉลาก และ ความสามารถในการจดจำยาและวิธีใช้ยา ซึ่งถ้าสามารถสร้างกลยุทธ์ที่ส่งเสริมปัจจัยเหล่านี้ จะส่งผลดีต่อความแตกฉานทางสุขภาพ และ ในที่สุดจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

### ข้อจำกัด

เนื่องจากงานวิจัยนี้มีขอบเขตในการศึกษากลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ไขมันในเลือดสูง ในพระสงฆ์สูงอายุอาจไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคอื่น อาจเป็นขอบเขตในการทำการวิจัยในประเด็นความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุของนักวิจัยอื่นต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

### ภาษาไทย

ผู้จัดการออนไลน์. “คนฮิตเลือก “แกงเขียวหวาน-พะโล้” ใส่บาตร ทำสุขภาพ “พระ” แย่ โรคธรมเรื้อรัง. (2559).

เข้าถึงเมื่อ 23 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก

<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9590000070262>

มินตรา สารระรักษ, วรรัตน์ สัจวะลี, และ วิลาศ คำแพงศรี. (2560). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.

วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2561.

เข้าถึงได้จาก [http://thaijo.org/index.php/sci\\_ubu/article/view/86427](http://thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/86427)

ปัทมวดี ช่างเพชร และ ผกามาศ ไมตรีมิตร. (2558). “การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน”. Veridian E-Journal สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2 (2); 50-76.

พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต. (2557). “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย”. รายงานวิจัย. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น.

วิราภรณ์ โพธิศิริ และ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2558). “ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง”. Veridian E-Journal สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 3 (6); 67-85.

แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรรา ประเสริฐศรี. (2558). “ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค”. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม); 43-54. เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2561. เข้าถึงได้จาก <https://tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/view/47244>

อานัติ วรณศรี, จเร วิชาไทย, รอย แบตเทอร์แฮม, อนุชิต หิรัญกิตติ และ บรรจง สร้อยคำ. (2558). โครงการพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ อุบลราชธานี. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. นนทบุรี.

### ภาษาต่างประเทศ

Anderson Gerard, and Horrath Jane. (2004) “The growing burden of chronic disease in America.” Public Health Reports. 119(3): 263-70.

Chew Lisa D., Bradley Katharine A. and Boyko Edward J. (2004) “Brief questions to identify patients with inadequate health literacy.” Family Medicine. 36(8): 591.

David Terry C., Michael S. Wolf, Pat F. Bass III, Mark Middlebrooks, Estela Kennen, David W. Baker,

- Charles L. Bennett, Ramon Durazo-Arvizu, Anna Bocchini, Stephanie Savory, Ruth M. Parker. \_\_\_\_\_ . (2006). “Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels”. *J Gen Intern Med.* 21(8): 890.
- Estacio Emeé Vida and Coming John (2013). “Health literacy: exploring future directions and potential contribution from Health Psychology”. *Journal of Health Psychology.* 18(8); 997-1003.
- Marengoni Alessandra, Winbald Bengt, Karp Anita, and Fratinglioni Laura. (2008). “Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden.” *American Journal of Public Health.* Jul: 98(7): 1198-200.
- Nilnate W, Hengpraprom S., and Hanvoravongchai P. (2016). “Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand.” *Journal of Health Research.* 30(5): 315
- Nutbeam Don. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine.* 67(10): 2071-8
- Pongnumkul Ajchariya, Saneha Chongjit, Panithat Rungnapa, Kusuma Sasima, Sangkapong, and Tipapan. (2011). Nutritional consumption behaviors of Thai monks in Bangkok-noi district, Bangkok metropolitan area. *Journal of Nursing Science.* 29(2):37-45. Assessed March,15,2018. Available from: [http://www.ns.mahidol.ac.th/english/journal\\_NS/pdf/vol29/issue2/abstractajchariya.pdf](http://www.ns.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol29/issue2/abstractajchariya.pdf)
- Population division, United Nation. World population ageing report. (2015). Accessed March 16, 2018. Available from [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)
- Sibel Vildan Altin, Isabelle Finke, Sibylle Kautz-Freimuth and Stephanie Stock. (2014). “The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review.” *BMC Public Health.* 14:1207; 4.
- World Health Organization. (1993). *Health Promotion Glossary Vol.13;* 349-60.