

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน*

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก**

ปริศนา บุญประดิษฐ์***

ณัฐชยา พลาชีวะ****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 161 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.261, p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.234, p < 0.001$ และ $r = 0.163, p < 0.05$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 15.4 ($R^2 = 0.154, p < 0.001$)

พยาบาลอนามัยชุมชนและทีมสุขภาพควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สร้างเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ชุมชน

*โครงการวิจัยนี้ได้รับเงินทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

**อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Corresponding author; E-mail: pramot_computer@hotmail.com

***พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยเปิบ ตำบลชัยเปิบ อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์

****อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Received: November 07, 2021 / Revised: April 24, 2022/ Accepted: May 1, 2022

Factors predicting health literacy among older adults with chronic diseases in community*

Pramote Thangkratok**

Prissana Boonpradit***

Natchaya Palacheewa****

Abstract

This predictive research aimed to analyze the factors predicting health literacy among older adults with chronic diseases in the community. The purposive sampling included a total of 161 older adults with chronic diseases in the community in one subdistrict health-promoting hospital. Data were collected using Health Literacy among Older Adults Scale, The Family APGAR Questionnaire, and Health Information Seeking Behaviors through Online Media Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that education level was significantly negatively related to health literacy ($r = -0.261, p < 0.001$). Satisfaction with family support and health information-seeking behaviors through online media scores were significantly negatively related to health literacy ($r = 0.234, p < 0.001$ and $r = 0.163, p < 0.05$ respectively). Education level, satisfaction with family support scores, and health information-seeking behaviors through online media scores were significant predictors of health literacy and could explain 15.4% ($R^2 = 0.154, p < 0.001$) of the variance in health literacy in older adults with chronic diseases in the community.

Community health nurses and health care teams should encourage literacy for older adults, empower family members' participation in older adults' care, and promote health information-seeking behaviors through online media in older adults with sufficient levels of health literacy.

Keywords: health literacy, older adults, chronic diseases, community

*This Research Project is Supported by STIN Research Fund

**Instructor, Department of Community Health Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
Corresponding author; E-mail: pramot_computer@hotmail.com

***Registered nurse, Sap Poep Subdistrict Health Promoting Hospital, Phetchabun Province

****Instructor, Department of Community Health Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

Received: November 07, 2021 / Revised: April 24, 2022 / Accepted: May 1, 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ อันจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการเสื่อมของร่างกาย^{1,2} จากสถิติพบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 85 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค และประมาณร้อยละ 60 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยสองโรค³ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในประชากรทั่วโลก⁴ สอดคล้องกับสถานการณ์โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทยที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 41 และโรคเบาหวานร้อยละ 18⁵ ดังนั้น การสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่มากเพียงพอ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาวะและความเป็นอยู่ที่ดี⁶ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก⁷ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและในระดับประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบจำลองความรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลของ Sun และคณะ⁸ ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษาและอาชีพ และกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Squiers และคณะ⁹ ที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ครอบครัว สภาพแวดล้อม ชุมชน วัฒนธรรมและสื่อ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า หากสังคมและครอบครัวมีการสนับสนุนและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้แก่สมาชิกในครอบครัว การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ¹⁰ อีกทั้งในปัจจุบัน สังคมโลกเป็นสังคมสารสนเทศ เทคโนโลยีดิจิทัลมีความเกี่ยวข้องและจำเป็นสำหรับทุกคนรวมถึงผู้สูงอายุ โดยพบว่า

พฤติกรรมกาการเปิดรับข่าวสารของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างเพียงพอมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้¹² โดยผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมักจะไม่ค่อยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ และมักจะมองว่าเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพเป็นเรื่องยากหรือไม่มีประโยชน์¹³ ดังนั้น การสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศมีประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมกาการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์อยู่อย่างจำกัด นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศเป็นปัจจัยที่ยังพบผลการศึกษาก็ยังไม่ชัดเจน บางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง¹⁴ บางการศึกษาพบว่าเพศชายมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง¹⁵ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁶ ผู้ที่มีรายได้มากจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง¹⁷ การสำเร็จการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

ความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น¹⁸ และปัจจัยด้านการประกอบอาชีพพบว่า บุคคลที่ว่างงานจะมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ¹⁹ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและมีความสุขมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam²⁰ โดยจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Communicative health literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ร่วมกับแบบจำลองความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลของ Sun และคณะ⁸ ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษาและอาชีพ และกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Squiers และคณะ⁹ ที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย ครอบครัว สภาพแวดล้อม ชุมชน วัฒนธรรมและสื่อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้

คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 251 คน²¹ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อาศัยในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ผ่านการประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE)²²

มีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานหรือโรคใดโรคหนึ่งและได้รับการรักษา สมัครใจ เข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

คือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขณะทำการวิจัย กลุ่มตัวอย่างขอเลิกหรือขอถอนตัวจากการศึกษาหรือขอถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากแอปพลิเคชัน n4Studies กำหนดให้ Proportion (p) เท่ากับ 0.50 อ้างอิงงานวิจัยของ Ogorchukwu และ Sekaran²³ Error (d) เท่ากับ 0.05 Alpha (α) เท่ากับ 0.05 Z เท่ากับ 1.96 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 138 และเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20²⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 166 ราย ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 161 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.99

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข²² จำนวน 17 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยกำหนดจุดตัด (Cut-off point) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) เท่ากับ 14 คะแนน ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา

เท่ากับ 17 คะแนน และผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา เท่ากับ 22 คะแนน หากมีคะแนนต่ำกว่าจุดตัดจะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดหรือแบบเลือกตอบ เช่น เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลแบบวัดจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (Forward-only translation with testing) จากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ The 14-item Health Literacy Scale (HLS-14) ของ Suka และ Odajima²⁵ ที่พัฒนาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ The Functional Communicative Critical Health Literacy (FCCHL) ของ Ishikawa และ Takeuchi²⁶ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 14 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เคย จนถึง 4 หมายถึง เป็นประจำ โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) ฉบับภาษาไทยของพรทิพย์ มาลาธรรม²⁷ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 0 หมายถึง รู้สึกไม่เคยพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวเลย จนถึง 4 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการสนับสนุนจากครอบครัวมาก โดยมีเกณฑ์ในการแปลผล 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0-6 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 7-13 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 14-20 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ (Health Information Seeking Behaviors Through Online Media) ฉบับภาษาไทยของกฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และคณะ²⁸ จำนวน 8 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคย จนถึง 3 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-8 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย 9-16 คะแนน

หมายถึง ระดับปานกลาง และ 17-24 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90, 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยติดต่อกับพยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า โดยมีการชี้แจงข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัยและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยในผู้ป่วยที่รอตรวจตามนัดในคลินิกโรคเรื้อรัง

3. กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดจนเข้าใจและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอม ก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่ม

ได้ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างคนต่อไปด้วยวิธีการจับสลากจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามกำหนด

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรเจนนับ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ส่วนปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องซึ่งข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ได้แก่ อายุ รายได้ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ (ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยสถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น ตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ของตัวแปรอิสระพบว่าค่า VIF น้อยกว่า 10 ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.990-0.999 ซึ่งเข้าใกล้ 1 มาก แสดงว่าตัวแปรเป็นอิสระจากกัน จึงไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น²⁹

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ COA No.08/2020 วันที่รับรอง 19 พฤศจิกายน 2563 โดยมีการชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัยจนเข้าใจและลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอม โดยการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลวิจัยจะทำในห้องซึ่งเป็นส่วนตัวและสะดวกต่อการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.15 ปี (SD = 6.64, Min = 60, Max = 91) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

ตอนต้นมีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 66.46 เพศหญิง ร้อยละ 63.35 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.53 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.52 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.57 ผู้สูงอายุในอดีตมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.43 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 0-2,500 บาท ร้อยละ 64.60 มีความพอเพียงของรายได้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 45.96 มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวันได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพา ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุรับทราบข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 94.41 จาการายการโทรทัศน์ ร้อยละ 81.37 และบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 42.86 มีความสามารถในการมองเห็นอยู่ในระดับชัดเจน ร้อยละ 59.63 ความสามารถในการได้ยินอยู่ในระดับชัดเจน ร้อยละ 92.55 ความสามารถในการพูดอยู่ในระดับคล่องแคล่ว ร้อยละ 93.79 ความสามารถในการอ่านอยู่ในระดับคล่องแคล่ว ร้อยละ 45.34 และความสามารถในการเขียนอยู่ในระดับคล่องแคล่ว ร้อยละ 44.72 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.82 โรคเบาหวาน ร้อยละ 34.16 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.66 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 79.72 และที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 20.28 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 89.09 และที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 10.91

2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา
กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ร้อยละ 93.79 มีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ในระดับน้อย ร้อยละ 50.93 และมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 2.89 (SD = 0.60) เมื่อจำแนกตามมิติ

ความรู้ด้านสุขภาพพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 (SD = 1.21) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 (SD = 0.87) และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39 (SD = 0.69) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ และความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 161)

ตัวแปร	Range	Mean	SD
ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว	5-80	18.32	2.87
พฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์	0-24	7.53	9.20
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (โดยรวม)	4-56	40.53	8.42
- ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน	4-20	13.25	6.04
- ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์	4-20	13.70	4.36
- ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ	4-16	13.58	2.76

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าระดับการศึกษา ($r = -0.261, p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.234, p < 0.001$) และ

พฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ ($r = 0.163, p < 0.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 161)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1 เพศ	1							
2 อายุ	-.131 ^(rs)	1						
3 รายได้	-.095 ^(rs)	-.127 ^(r)	1					
4 ระดับการศึกษา	-.198 ^(rs)	-.025 ^(r)	.175 ^(r)	1				
5 อาชีพ	-.104 ^(rs)	-.228 ^{**^(r)}	.262 ^{**^(r)}	.205 ^{**^(rs)}	1			
6 ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว	.005 ^(rs)	.025 ^(r)	.010 ^(r)	.038 ^(rs)	.106 ^(rs)	1		
7 พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์	-.075 ^(rs)	-.074 ^(r)	.094 ^(r)	-.005 ^(rs)	.107 ^(rs)	-.094 ^(r)	1	
8 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.015 ^(rs)	.008 ^(r)	-.021 ^(r)	-.261 ^{**^(rs)}	.002 ^(rs)	.234 ^{**^(r)}	.163 ^(r)	1

r = Pearson Correlation, rs = Spearman rank correlation coefficient, **p* < 0.05, ***p* < 0.001

3. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = 0.235, p = 0.002$) พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ ($\beta = 0.178, p = 0.017$) และระดับการศึกษา ($\beta = -0.254, p = 0.001$) มีความสัมพันธ์กับความแปรปรวนความรอบรู้

ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 15.4 ($R^2 = 0.154, p < 0.001$) ส่วนเพศ อายุ รายได้และอาชีพไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถเขียนเป็นสมการรูปแบบคะแนนดิบดังนี้

$$\text{คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน} = 29.997 +$$

$$- 4.091 (\text{ระดับการศึกษา}) + 0.691 (\text{ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว})$$

$$+ 0.163 (\text{พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์})$$

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n = 161)

ตัวแปร	B	SE.b	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	29.997	4.276	-	7.016	<0.001
ระดับการศึกษา	-4.091	1.185	-0.254	-3.453	0.001
ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.691	0.217	0.235	3.186	0.002
พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์	0.163	0.068	0.178	2.415	0.017

R = 0.392, R² = 0.154, Adjust R² = 0.138, F = 9.505, p < 0.001

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษา ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความแปรปรวนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 15.4 เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของแต่ละตัวแปรทำนาย พบว่าความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยแก้ไขปัญหาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องเผชิญตัวอย่างเช่น การช่วยอ่าน ตีความ ทำความ

เข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์บนเอกสารให้ความรู้หรือบนฉลากยา การดำเนินการค้นหาข้อมูลการรักษาการเจ็บป่วยและการรักษาที่ซับซ้อน เป็นต้น³⁰ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ สามารถตัดสินใจและปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³¹ ดังนั้น การส่งเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้³²

พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงและใช้งานสื่อออนไลน์ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ

ได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความจำ และความเข้าใจในการใช้อุปกรณ์และแพลตฟอร์มต่าง ๆ และนำไปใช้ในการค้นหาข้อมูลข่าวสารหรือเนื้อหาสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น¹² ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุไม่ค่อยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ มักจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ¹³ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์หรือสื่อสังคมสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³¹ ดังนั้น การสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลจึงมีประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 74.53 ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 2.48 และระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าเพียงร้อยละ 0.62 แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาไม่สูงแต่มีโอกาสดำเนินการคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องติดตามตรวจตามนัดเป็นประจำ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับ

การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การสำเร็จการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น¹⁸

อายุไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนได้ สามารถอธิบายได้ว่า แม้วากลุ่มตัวอย่างจะมีอายุที่เพิ่มขึ้นแต่ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดี ยังสามารถทำกิจกรรมกับครอบครัว เพื่อนบ้านและคนในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการพบปะ พูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ³³ และผู้สูงอายุในปัจจุบันยังมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้องและทันสมัย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุได้ ข้อค้นพบครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ¹⁶

เพศและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนได้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงล้วนได้รับคำแนะนำในการดูแล

สุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันไม่มีการแบ่งแยกเพศและแบ่งแยกฐานะ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า เพศ³⁴ และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ³⁵

อาชีพไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนได้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ซึ่งอาจขาดโอกาสในการพัฒนาความรู้และทักษะ รวมถึงขาดการมีปฏิสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งอาจบั่นทอนความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ และอาจทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า ทั้งอาชีพในอดีตและสถานะงานปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ³⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลอนามัยชุมชนและทีมสุขภาพควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สร้างเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ รวมถึงมีความรอบรู้ในการใช้สื่อดิจิทัลด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้แก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ส่งเสริมความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และส่งเสริมพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เฉพาะเจาะจง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์และนำไปสู่การวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มโรคต่อไป

References

1. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017;37(2):154-9. (in Thai).
2. Thangkratok P, Petchsuk R, Keinwong T, Trainattawan W, Thatdee P, Boonpradit P. Care management model for older adults with chronic diseases in the community. Royal Thai Navy Medical Journal. 2020;47(1):234-48. (in Thai).
3. National Institute on Aging. Supporting older patients with chronic conditions [document on the Internet]. Bethesda, MD: National Institute on Aging (NIA); 2017 [cited 2022 Sep 1].

- Available from: nia.nih.gov/health/supporting-older-patients-chronic-conditions
4. National Council on Aging. Healthy aging. Arlington, VA: National Council on Aging; 2018.
 5. Health Intervention and Technology Assessment Program. The survey of health status among elderly in Thailand. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2013. (in Thai).
 6. Stormacq C, Wosinski J, Boillat E, Van den Broucke S. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBI Evid Synth.* 2020;18(7). 1389-469. doi: 10.11124/JBISRIR-D-18-00023.
 7. Kickbush I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy the solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2013.
 8. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health.* 2013;13(261):1-8. doi: 10.1186/1471-2458-13-261.
 9. Squiers L, Peinado S, Berkman N, Boudewyns V, McCormack L. The health literacy skills framework. *J Health Commun.* 2012;17(Suppl 3):30-54. doi: 10.1080/10810730.2012.713442.
 10. Panagioti M, Skevington SM, Hann M, Howells K, Blakemore A, Reeves D, et al. Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. *Qual Life Res.* 2018;27(5):1257-68. doi: 10.1007/s11136-017-1775-2.
 11. Trainattawan W, Pratanvorapanya W, Palacheewa N, Thangkratok P. Health information seeking behaviors of older adults in the digital era. *J Prapokkiao Hosp Clin Med Educat Center.* 2020;37(4):356-63. (in Thai).
 12. Lee HY, Jin SW, Henning-Smith C, Lee J, Lee J. Role of health literacy in health-related information-seeking behavior online: cross-sectional study. *J Med Internet Res.* 2021;23(1):e14088. doi: 10.2196/14088.
 13. Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan EE, Pounders K. Health literacy and health information technology adoption: the potential for a new digital divide. *J Med Internet Res.* 2016;18(10):e264. doi: 10.2196/jmir.6349.
 14. Clouston SAP, Manganello JA, Richards M. A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age Ageing.* 2017;46(3):493-9.
 15. Khosravi A, Ahmadzadeh K, Zareivenovel M. Evaluating the health literacy level among diabetic patients referring to Shiraz health centers. *IJISM.* 2018;16(1):137-51.

16. Wu JR, Moser DK, DeWalt DA, Rayens MK, Dracup K. Health literacy mediates the relationship between age and health outcomes in patients with heart failure. *Circ Heart Fail.* 2016;9(1):e002250. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002250.
17. Rikard RV, Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A. Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health.* 2016;16(1):975. doi: 10.1186/s12889-016-3621-9
18. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):394. doi: 10.1186/s12913-018-3197-4.
19. Svendsen IW, Damgaard MB, Bak CK, Bøggild H, Torp-Pedersen C, Svendsen MT, et al. Employment status and health literacy in Denmark: a population-based study. *Int J Public Health.* 2021;66:598083. doi: 10.3389/ijph.2021.598083.
20. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072-8.
21. Sap Poep Subdistrict Health Promoting Hospital. Medical statistics. Phetchabun: Phetchabun Sap Poep Subdistrict Health Promoting Hospital; 2019. (in Thai).
22. Institute of Geriatric Medicine. The comparison of relation of Mini Mental Status Examination Thai version (MMSE-Thai) 2002 and Thai Mini-Mental State Examination; TMSE in dementia screening. Bangkok: Institute of Geriatric Medicine; 2008. (in Thai).
23. Ogorchukwu JM, Sekaran VC, Nair S, Ashok L. Mental health literacy among late adolescents in South India: what they know and what attitudes drive Them. *Indian J Psychol Med.* 2016;38(3):234-41.
24. Bell ML, Kenward MG, Fairclough DL, Horton NJ. Differential dropout and bias in randomised controlled trials: when it matters and when it may not. *BMJ.* 2013;346:e8668. doi: 10.1136/bmj.e8668.
25. Suka M, Odajima T, Kasai M, Igarashi A, Ishikawa H, Kusama M, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environ Health Prev Med.* 2013;18(5):407-15.
26. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care.* 2008;31(5):874-9.
27. Malathum P. A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults [Dissertation Doctor of Philosophy]. Texas: University of Texas at Austin; 2001.

28. Tipkanjanaraykha K, Yingrengreung S, Kheokao J, Ubolwan K, Jaemtim N, Promsuan W. Health information seeking behaviors of elderly through online media according to perceived health status. *Journal of Health Science Research*. 2017;11(Suppl):12-22. (in Thai).
29. Howell DC. *Statistical methods for psychology*. 8th ed. California: Cengage Learning; 2013.
30. Fields B, Lee A, Piette JD, Trivedi R, Mor MK, Obrosky DS, et al. Relationship between adult and family supporter health literacy levels and supporter roles in diabetes management. *Fam Syst Health*. 2021;39(2):224-33.
31. Trainattawan W, Wirojratana V, Watana-kukrilit D. Factors influencing health literacy among older adults. *Journal of Health Science Research*. 2019;13(2):41-51. (in Thai).
32. Jafari Y, Tehrani H, Esmaily H, Shariati M, Vahedian-Shahroodi M. Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(4):956-63.
33. Malathum P, Kongiem J, Intarasombat P. Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas. *Rama Nurs J*. 2009;15(3):432-48.
34. Shen M, Hu M, Liu S, Chang Y, Sun Z. Assessment of the Chinese resident health literacy scale in a population-based sample in South China. *BMC Public Health*. 2015;15(1):637. doi: 10.1186/s12889-015-1958-0.
35. Sonted S, Sansiriphun N, Deeluea J. Factors related to paternal health literacy among expectant fathers. *Nursing Journal CMU*. 2021;48(4):217-29. (in Thai).
36. Chiu HT, Tsai HW, Kuo KN, Leung AYM, Chang YM, Lee PH, et al. Exploring the influencing factors of health literacy among older adults: a cross-sectional survey. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(7):330. doi: 10.3390/medicina56070330.

๒๐๒๒ ๒๐๒๒ ๒๐๒๒ ๒๐๒๒ ๒๐๒๒