

Health Literacy of Older Persons Participating in Senior Clubs and Learning Centers in the Bangkok Metropolitan Region

Jiraporn Kespichayawattana¹

Suvinee Wivatvanit²

Chatinai Wanwacha³

Abstract

A descriptive correlation design was employed in a cross-sectional study aimed at assessing the level of health literacy of older persons participating in senior clubs/learning centers in Bangkok Metropolitan Region. The sample population comprised 400 elderly persons recruited by stratified random sampling from seven elderly clubs/learning centers. Data analysis was carried out by using descriptive statistics and multiple regression. The results showed that: (a) the health literacy level of the majority (69.3%) of the older persons who participated in elderly clubs/learning centers was at a fair level but needed to be improved (17.8%) and only 13 percent were at a good level. For the dimensions of health literacy, it was found that health knowledge and disease prevention were at a good level (86%); and media literacy, media accessibility and self-management skills needed to be improved at 52, 36 and 33.3 percent respectively; and (b) factors related to the health literacy of older persons were age and level of education. Age had a negative correlation with health literacy, but level of education had a positive correlation. Innovation and health literacy promotion for older persons participating in senior clubs/learning centers in the Bangkok Metropolitan Region should be focused on the activities or interventions that are appropriate according to the level of health literacy of the older persons in consideration of their age and level of education.

Keyword: Health literacy, elderly clubs/learning centers, Bangkok Metropolitan Region

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

² Assistant Professor, Chulalongkorn University Platform for Aging Research Innovation, Chulalongkorn University

³ Researcher, Chulalongkorn University Platform for Aging Research Innovation, Chulalongkorn University

Received 22-Oct-2020, Revised 24-Nov-2020, Accepted 1-Dec-2020

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร

จิราพร เกศพิชญวัฒนา¹

สุวิณี วิวัฒน์วานิช²

ชาตินัย หวานวาจา³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงบรรยาย โดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational Design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Simple Random Sampling) จำนวน 400 รายจากชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุจำนวน 7 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิเคราะห์พบว่า 1) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.3 อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.8 และอยู่ในระดับดีร้อยละ 13.0 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 86 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 52 ร้อยละ 36 และ ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ และ ระดับการศึกษา โดยพบว่า อายุมีอิทธิพลเชิงลบต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนการศึกษามีอิทธิพลเชิงบวก ต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จึงควรเน้นการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงอายุ และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

คำสำคัญ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

¹ รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โครงการบูรณาการสหศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ นักวิจัย โครงการบูรณาการสหศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงวัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

สถานการณ์การเพิ่มของประชากรสูงอายุไทยอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุจำนวน 11,587,000 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพศชายอยู่ที่ 73.0 ปี และเพศหญิงอยู่ที่ 80.1 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2562) คาดว่าในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และในปีพ.ศ. 2574 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2560) ในขณะที่อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลงเหลือ 1.54 ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้น ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลง ส่งผลให้การอยู่อาศัยในครัวเรือนมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2562) ประเด็นที่สำคัญสำหรับประชากรสูงอายุ คือ ประเด็นด้านสุขภาพซึ่งถือเป็นปัญหาหลัก เพราะการที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นจะมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย หากแต่การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวส่งผลให้มีภาวะเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย 2559)

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองขนาดใหญ่ มีประชากรสูงอายุจำนวนมาก จากสถิติทางกระทรวงมหาดไทยปีพ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,018,918 ราย จากประชากรที่มีทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมดจำนวน 5,676,648 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.95 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2559 พบว่าประชากรในเขตกรุงเทพมหานครมีความทุกข์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เบาหวาน ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรจากทุกภาคของประเทศ นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังที่สูงขึ้นเนื่องจากปัญหามลภาวะจากฝุ่นละอองและการสูบบุหรี่

จากการที่กรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากดังกล่าว กรุงเทพมหานครจึงมีการจัดตั้งชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุขึ้นจำนวน 395 แห่ง รวมจำนวนสมาชิกทั้งสิ้น 44,344 คน (สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร 2562) โดยมีวัตถุประสงค์ของชมรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้มารวมตัวกันเพื่อให้สมาชิกมาพบปะสังสรรค์ และดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งร่วมสืบสานกิจกรรมในวันสำคัญ เช่น กิจกรรมทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีไทยและภูมิปัญญา รวมถึงกิจกรรมจิตอาสาและกิจกรรมการกุศลต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย 2559) ในขณะเดียวกัน แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขล่าสุดได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมของคนไทยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) คือทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และสมรรถนะที่เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี (World Health Organization : WHO 1988) ทั้งนี้ความรู้ทางสุขภาพเป็นเป้าหมายหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goal : SDG) โดย ความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถช่วยสนับสนุนความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และการเข้าถึงคุณภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน” ซึ่งบทบาทของภาครัฐในระดับประเทศ และชุมชนต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ประชาชนตระหนักรู้ และมีวิถีชีวิตสุขภาพะ มีการเรียนรู้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี สามารถควบคุมสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง (World Health Organization : WHO 2016) ส่วน Nutbeam (2008) ได้กำหนดแนวคิดองค์ประกอบการวัดความรู้ทางสุขภาพไว้ 3 ระดับคือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Literacy) ได้แก่ความสามารถในการอ่านและเขียนเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ระดับที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative/Interactive Literacy) คือการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น การรับความรู้และการถ่ายทอดความรู้ที่มีให้แก่ผู้อื่น และการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถด้านสุขภาพ ระดับที่ 3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) คือ การประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพตนเอง (Nutbeam 2008)

จากการทบทวนการศึกษาเรื่องความรู้ทางสุขภาพ พบว่า ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตประชากร และอัตราตายของประชากร โดยพบว่า ประชาชนที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำ จะส่งผลให้อัตราตายสูง เป็นภาระในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ทั้งนี้เพราะมีความรู้เรื่องการดูแลรักษาตนเองต่ำ รับรู้ช่องทางและวิธีการสื่อสารทางสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพต่ำ (Osborne et al 2013) ซึ่งในประเทศไทย ได้มีการศึกษาเรื่องความรู้ทางสุขภาพและพบว่า ความรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากร โดย แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุศรา ประเสริฐศรี (2558) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า ความรู้ทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสาร และนำความรู้ที่ได้รับมาเลือกปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสม อรุณี หล้าเขียว และ ทวีวรรณ ชาลีเครือ (2558) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำมักจะกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเกิดขึ้นจากความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมินข้อมูลและนำไปใช้ในการปฏิบัติและจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพ ส่วน กิจปพน ศรีธานี (2560) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง พบว่า ระดับความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ความรู้ทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับต่ำ โดยองค์ประกอบที่ควรพัฒนา ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

จากการที่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มที่มีอายุยืนยาว รวมทั้งจำนวนเพิ่มขึ้น แต่พบแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (NCD) เพิ่มขึ้นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเน้นส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันไม่ให้โรคเรื้อรังเหล่านั้นมีโอกาsgก่อหน้าลุกลามจนเกิดภาวะเจ็บป่วยโดยผ่านการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาถึงระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังสามารถร่วมกิจกรรม (participation) ในสังคม มีแนวโน้มว่าจะเป็นกลุ่มที่ยังรับข้อมูลข่าวสาร และให้ความสนใจในการร่วมกิจกรรมต่างๆ ซึ่งหากทราบถึงข้อมูลพื้นฐาน ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ทางสุขภาพ อันจะสามารถนำผลจากการวิเคราะห์ไปใช้ในการวางแผน ส่งเสริม จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยใช้วิธีวิจัยแบบการบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 44,344 คน จากจำนวนชมรม/ศูนย์เรียนรู้ 395 แห่ง (สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร 2561) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยสูตร Taro Yamane (1967) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 396 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือเป็นชมรมที่เข้มแข็งมีสมาชิกมาทำกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง สุ่มชมรม/ศูนย์เรียนรู้จำนวน 7 ชมรม หลังจากนั้นจึงทำการสุ่มระดับบุคคล โดยกระจายสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้พัฒนาจากแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2009) และแบบวัดความรู้ทางสุขภาพของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพจำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรค 2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยเป็นข้อคำถามแบบ Rating scale และเลือกตอบ จำนวน 38 ข้อ เกณฑ์การแบ่งโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 ระดับดี คือมากกว่า Mean. + 1S.D. กลุ่ม 2 ระดับพอใช้ เท่ากับ Mean. ± 1S.D. กลุ่ม 3 ควรปรับปรุง คือ น้อยกว่าค่า Mean. - 1S.D. เครื่องมือผ่านการทดสอบโดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับที่ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ COA No. 058/2562 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ของพนักงานสัมภาษณ์จำนวน 7 คน ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือและผ่านการฝึกสัมภาษณ์ก่อนการเก็บข้อมูลจริง ก่อนทำการสัมภาษณ์พนักงานสัมภาษณ์จะอ่านข้อความจริยธรรมการวิจัยให้ผู้สูงอายุที่ถูกละเมิดสัมภาษณ์ฟัง เมื่อผู้สูงอายุฟังและให้ความยินยอมจึงทำการเซ็นยินยอมให้สัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลา 20-30 นาที หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จแล้วมีการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุดก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ Chi Square Test และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis วิเคราะห์แบ่งกลุ่มเกณฑ์ความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ ผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวม อยู่ระหว่าง 34.9 คะแนน ถึง 98.3 คะแนน (Min. = 34.9, Max. = 98.3) โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 68.1 คะแนน (Mean. = 68.1, S. D. = 12.1) และเมื่อพิจารณาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่า ความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 87.4 คะแนน รองลงมาคือด้านทักษะการตัดสินใจได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 69.9 คะแนน ด้านทักษะการจัดการตนเองได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 68.4 คะแนน ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 65.0 คะแนน ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 64.7 คะแนน และสุดท้ายคือ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อได้คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 53.5 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 69.3) มีเพียงร้อยละ 13.0 เท่านั้นที่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 17.8 อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครมี

ความแตกต่างกันในแต่ละด้าน โดย ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค อยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.0 และระดับพอใช้ ร้อยละ 14.0 ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงร้อยละ 52.0 และอยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 8.8 เท่านั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงร้อยละ 36.0 อยู่ในระดับดีร้อยละ 25.0 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงร้อยละ 30.3 อยู่ในระดับดีร้อยละ 23.5 ด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับควรปรับปรุงและระดับดีใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 25.5 และ 26.0 ตามลำดับ ส่วนด้านทักษะการจัดการตนเองทุกระดับใกล้เคียงกัน กล่าวคือ อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 33.3 ระดับพอใช้ร้อยละ 33.8 และระดับดีร้อยละ 33.0 ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้าน

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง	รวม
	ร้อยละ (จำนวน)			
ความรู้ความเข้าใจและป้องกันโรค	86.0	14.0	0.0	100.0
	(344)	(56)	0	(400)
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	8.8	39.3	52.0	100.0
	(35)	(157)	(208)	(400)
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	25.0	39.0	36.0	100.0
	(100)	(156)	(144)	400
ทักษะการจัดการตนเอง	33.0	33.8	33.3	100.0
	(132)	(135)	(133)	(400)
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	23.5	46.3	30.3	100.0
	(94)	(185)	(121)	(400)
ทักษะการตัดสินใจ	26.0	48.5	25.5	100.0
	(104)	(194)	(102)	(400)
ภาพรวม	13.0	69.3	17.8	100.0
	(52)	(277)	(71)	(400)

เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร พบว่า เพศ : ผู้สูงอายุชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง อายุ : ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส : ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก และ โสด การอยู่อาศัย : ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุที่อยู่กับลูกหลาน และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำสุด ระดับการศึกษา : ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ส่วนผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำที่สุด ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการอ่านคล่อง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่อ่านไม่คล่อง ส่วนผู้สูงอายุที่ทำงาน และไม่ได้ทำงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพใกล้เคียงกัน

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนานกว่า 1 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาในการเป็นสมาชิกละน้อยกว่า 1 ปี เมื่อพิจารณาความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรม พบว่า ผู้สูงอายุที่มาเข้าชมรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่มาชมรมน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
เขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร

	Mean.	S. D.	n.
เพศ			
ชาย	69.7	12.81	56
หญิง	67.9	11.97	344
รวม	68.1	12.09	400
กลุ่มอายุ			
ต่ำกว่า 70 ปี	69.0	11.85	213
70-79 ปี	67.8	11.50	158
80 ปีขึ้นไป	63.5	15.86	29
รวม	68.1	12.09	400
สถานภาพสมรส			
โสด	67.3	12.32	33
คู่	69.0	12.35	200
หม้าย/หย่า/แยก	67.2	11.71	167
รวม	68.1	12.09	400
การอยู่อาศัย			
อยู่คนเดียว	66.1	12.50	45
อยู่กับคู่สมรส	70.1	11.91	48
อยู่กับลูกหลาน	68.1	12.05	307
รวม	68.1	12.09	400
ระดับการศึกษา			
ประถมหรือต่ำกว่า	65.6	12.49	199
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	69.2	11.29	118

	Mean.	S. D.	n.
สูงกว่ามัธยมศึกษา	72.6	10.74	83
รวม	68.1	12.09	400
ความสามารถในการอ่าน			
อ่านคล่อง	69.4	11.66	305
อ่านไม่คล่อง	64.0	12.61	95
Total	68.1	12.09	400
การประกอบอาชีพ			
ไม่ได้ทำงาน	68.1	12.43	314
ทำงาน	68.3	10.81	86
รวม	68.1	12.09	400
การมีโรคประจำตัว			
ไม่มี	69.2	12.94	93
มี	67.8	11.82	307
รวม	68.1	12.09	400
ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก			
น้อยกว่า 1 ปี	66.6	12.36	35
1 ปีขึ้นไป	68.3	12.07	365
รวม	68.1	12.09	400
ความถี่ในการเข้าชมรม			
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	66.6	12.72	147
1 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	69.0	11.65	253
รวม	68.1	12.09	400

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร และ ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และ ระดับการศึกษา โดยพบว่า ช่วงวัยที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P = 9.639$) กล่าวคือผู้สูงอายุตอนต้น (ต่ำกว่า 70 ปี) มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 14.6 ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 18.4 และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับควรปรับปรุงมากถึงร้อยละ 37.9 ในขณะที่ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ($P = 21.018$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาต่ำกว่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 25.1 ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 14.4 และผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับควรปรับปรุงเพียงร้อยละ 4.8 เท่านั้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบกับ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ลักษณะการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงได้นำตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้แก่ ระยะเวลาการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ มาทำการวิเคราะห์ด้วย Multiple Regression Analysis

พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา โดยพบว่าอายุมีอิทธิพลในเชิงลบต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยลง ในขณะที่ระดับการศึกษามีอิทธิพลเชิงบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพมากขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	B	Std. Error
Constant	68.761 ^{***}	7.275
เพศชาย	.917	1.780
อายุเต็มปี	-.185 [*]	.090
ระดับการศึกษา	1.540 ^{***}	.377
ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก	2.207	2.159
ความถี่ในการเข้าชมรม	1.700	1.247
n	400	
F	5.784 ^{***}	
df	5	
Adjusted R ²	.057	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คือ ร้อยละ 69.3 อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.8 และระดับดีร้อยละ 13.0 ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้าน ที่ดีที่สุด คือ ด้านความรู้ความเข้าใจและการป้องกันโรค คือ อยู่ในระดับดีร้อยละ 86.0 และระดับพอใช้ร้อยละ 14.0 ส่วนด้านที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 52.0 รองลงมาคือด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 36.0 ทักษะการสื่อสารข้อมูลอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 30.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 25.5 นอกจากนี้สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการตนเองที่ระดับควรปรับปรุงร้อยละ 33.3

จากผลของการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครนี้ เพื่อเปรียบเทียบกับแนวคิดองค์ประกอบการวัดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2008) ที่มีแนวคิดองค์ประกอบการวัดความรู้ทางสุขภาพ 3 ระดับ คือ 1. ความรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Literacy) ได้แก่ความสามารถในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ ระดับที่ 2. ความรู้ทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative/ Interactive Literacy) คือการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การรับความรู้และการถ่ายทอดความรู้ที่มีให้แก่ผู้อื่นและการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครยังอยู่ในระดับควรปรับปรุง ได้แก่ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 52.0 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพร้อยละ 36.0 ทักษะการสื่อสารข้อมูลร้อยละ 30.3 ส่วนระดับที่ 3. ความรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy) คือ การประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจ เลือกใช้บริการหรือการนำมาปฏิบัติอยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 25.5 และทักษะด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงร้อยละ 33.3 จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีเพียงความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐานเท่านั้น สำหรับขั้นปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และขั้นการประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติในการดูแลตนเองยังอยู่ในขั้นควรปรับปรุงโดยเฉพาะทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองทางสุขภาพ

เมื่อพิจารณาจำแนกความรู้ทางสุขภาพ จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร พบว่า ผู้สูงอายุชายมีความรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายจะมีระดับการศึกษาสูงกว่าเพศหญิง โดยผลการศึกษานี้ยังพบว่าเพศชายมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.9 ส่วนเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 18.6 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับคู่สมรส และอาศัยอยู่กับลูกหลาน มีความรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย/หย่า/แยก และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ที่อธิบายว่าครอบครัวมีบทบาทเกื้อหนุน สนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กล่าวคือ ครอบครัว จะนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมาจากแพทย์ และ

ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมาถ่ายทอดทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีส่วนกระตุ้นทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Edwards และคณะ (2012) ที่อธิบายว่าครอบครัว ญาติ จะคอยทำหน้าที่เป็นสื่อกลาง (Mediator) คอยอำนวยความสะดวกในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยกันวิเคราะห์และตีความข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมา นำมาซึ่งการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาเป็นสมาชิกน้อยกว่า 1 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมที่ชมรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป มีความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมชมรมน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่อธิบายว่า การร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ ได้รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย รวมถึงได้สันทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ หากผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมบ่อยครั้ง ย่อมส่งผลต่อโอกาสในการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธัญชนก ชุมทอง และคณะ (2559) ที่อธิบายว่า เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งกันและกันทั้งในระดับแนวตั้งและแนวราบ เพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการวิจัยนี้พบว่า การมาเข้าร่วมกิจกรรมชมรม/ศูนย์เรียนรู้ ผู้สูงอายุจะได้รับความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลชมรมฯ รวมทั้งได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และวิธีการดูแลสุขภาพระหว่างสมาชิกในชมรมฯ

โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครนั้น ควรมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุที่อายุมาก มีสถานภาพโสด อาศัยอยู่คนเดียว มีระดับการศึกษาน้อย ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เป็นสมาชิกชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ และกระตุ้นให้มาทำกิจกรรมบ่อยๆ ก็จะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และสามารถจัดการตนเองด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงส่งผลต่อการเจ็บป่วยน้อยลง และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร คือ อายุ และ ระดับการศึกษา โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) และ การศึกษาของ Jovic Vranes และคณะ (2009) ที่อธิบายว่า อายุ เป็นตัวแปร

ร่วมที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีปัญหาด้านความจำ ส่งผลให้จำอดีตได้แม่นยำ แต่จำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อย หรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน พูดซ้ำ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งเกิดจากการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุมการเคลื่อนไหวลดลง ดังนั้นผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเอง และความสามารถเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณศิริ นวลเนตร (2557) ที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาต่ำกว่า หรือไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

ซึ่งผลการศึกษาพบว่า อายุ และระดับการศึกษามีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 17 และเป็นเขตที่มีผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมากกว่าภาคอื่นๆของประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ 2562) จึงควรที่จะให้ความสำคัญกับการจัดให้มีระบบการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปนั้น ควรมีการให้ความรู้โดยสื่อ และเจ้าหน้าที่ในทุกภาคส่วน ทั้งทางสุขภาพ สังคม ทั้งนี้เพื่อการดูแลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่รับผิดชอบในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพผู้สูงอายุควรเน้นเรื่อง การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และการจัดการตนเองทางสุขภาพ โดยคำนึงถึงวัย และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยมุ่งเน้นในประเด็น การสร้างการรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และจัดการตนเองทางสุขภาพ ให้สอดคล้องกับวัย และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

รายการอ้างอิง

- กิจปพน ศรีธานี. (2560). **ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(1), 26-36.
- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). **ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง**. Science and Technology, 3(6), 67-85.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). **การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**. <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557) **ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการ ด้านสุขภาพภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2562). **คาดประมาณประชากรกลางปีของไทย พ.ศ. 2562**. <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2562). **มิเตอร์ประเทศไทย Thailandometers**. <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/index.php?>
- สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. (2559). **คู่มือชมรมของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย**. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.

- สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. (2561). ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 50 สำนักงานเขต
ของกรุงเทพมหานคร. <http://www.bangkok.go.th/social/page/sub/7600/>
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-54
- อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการประชุมวิชาการและ
นำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 กลุ่มระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์.
1(6), 635-649.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health
literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy
pathway model. BMC Public Health, 12(130). 1-15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130>
- Jovic-Vranes, A., V. Bjegovic-Mikanovic, & J. Marinkovic. (2009). Functional health literacy
among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study.
Journal of Public Health, 31(4), 490-500.
- Nutbeam, D., (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science Medicine*,
67(12), 207-208.
- Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M & Buchbinder R. (2013).
The grounded psychometric development and initial validation of the Health
Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health, 13(1), 1-17.
- Taro Yamane. (1967). *Statistics: An introductory analysis*. Harper and Row.
- World Health Organization. (1988). *Health Promotion Glossary*. WHO publications.
- World Health Organization. (2016). *The mandate for health literacy*. 9th Global Conference on
Health Promotion Shanghai. <https://who.int/healthpromotion/conferences/health-literacy/en/>