

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี* ขนิษฐา ดีเริ่ม** และ ยุพาพร หอมสมบัติ*

ประวัติการตีพิมพ์บทความ

รับบทความ: 16 เมษายน 2563

รับบทความที่แก้ไข: 10 พฤษภาคม 2563

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 13 พฤษภาคม 2563

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 505 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพแปลจาก Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (286 คน, 56.6%) สถานภาพสมรส (285 คน, 56.4%) อายุระหว่าง 70-79 ปี (175 คน, 34.7%) นับถือศาสนาพุทธ (500 คน, 99.0%) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ (426 คน, 85.0%) ไม่ได้ทำงาน (356 คน, 71.8%) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการรักษาพยาบาล (427 คน, 85.7%) ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุเท่ากับ 31.84 (SD=7.02) จากคะแนนระหว่าง 0-50 แปลผลอยู่ในระดับมีปัญหา เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายมิติ พบว่า ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรียงจากมากไปน้อยคือ มิติการดูแลรักษา (\bar{X} =32.50, SD=7.07) มิติการป้องกันโรค (\bar{X} =32.26, SE=6.96) และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ (\bar{X} =30.78, SD=8.49) ตามลำดับ โดยทั้งสามด้านแปลผลอยู่ในระดับมีปัญหา เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสมรรถนะในกระบวนการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้แก่ 1) การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =32.65, SD=7.54), 2) การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (\bar{X} =31.79, SD=7.86), 3) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =31.60, SD=7.44), และ 4) การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =31.58, SD=7.15) ตามลำดับ โดยการแปลผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกขั้นตอนในกระบวนการที่ผู้สูงอายุจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับเป็นปัญหา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
Corresponding author: ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี Email: srisaowalak@knc.ac.th

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในทุกมิติ และทุกสมรรถนะที่ผู้สูงอายุต้องจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ทุกหน่วยงานและภาคส่วนควรให้ความสำคัญ เพื่อพัฒนาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคต

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป; ผู้สูงอายุ

Health Literacy in Elderly from Nakhon Ratchasima Province

Srisaowalak Aunprom-me* Khanittha Deeroem

** and Yupaporn Homsombut*

Article History

Received: April 16, 2020

Revised: April 30, 2020

Accepted: May 13, 2020

Abstract

The objective of this descriptive cross-sectional study was to examine the health literacy level among elderly residing in Nakhon Ratchasima province. The samples were 505 elderly aged 60 years and older randomly selected through cluster sampling technique. The instrument used in this study was the Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) Thai version with Cronbach's Alpha Coefficient of 0.97. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results showed that the majority of the elderly were females (n=286, 56.6%), were married (n=285, 56.4%), aged between 70-79 years old (n=175, 34.7%), practiced Buddhism (n=500, 99.0%), could read and write (n=426, 85.0%), were unemployed (n=356, 71.8%), and were enrolled in universal health care coverage (n=427, 85.7%). Health literacy index (HLI) ranged from 0 to 50 and the average overall HLI among elderly was 31.84 (SD=7.02) which interpreted as problematic. The averages HLI in 3 different areas from highest to lowest were health care area (\bar{X} =32.50, SD=7.07), disease prevention (\bar{X} =32.26, SE=6.96), and health promotion (\bar{X} =30.78, SD=8.49) respectively. Health literacy in all 3 areas were interpreted as problematic. It was found from this study that average HLI in 4 steps in the process that elderly dealt with health information from highest to lowest were 1) understanding health information (\bar{X} =32.65, SD=7.54), 2) applying health information (\bar{X} =31.79, SD=7.86), 3) finding health information (\bar{X} =31.60, SD=7.44), and 4) judging health information (\bar{X} =31.58, SD=7.15) respectively. Health literacy in all 4 steps were also interpreted as problematic.

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

** Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

Corresponding author: Srisaowalak Aunprom-me Email: srisaowalak@knc.ac.th

Results from this study revealed urgent needs in improving elderly's competencies in dealing with health information in all areas and in every step that elderly had to deal with health information. All parties from all levels need to set this issue as priority to improve health among elderly in the future.

Keywords : Health literacy; Health Literacy Survey-European Union; HLS-EU; Elderly

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปี 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 18 มีการคาดการณ์ว่าอัตราส่วนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดภายในปี 2565 และเพิ่มสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดภายในปี 2581⁽¹⁾ จำนวนประชากรผู้สูงที่เพิ่มมากขึ้นนี้ ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองในการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน การศึกษาพฤติกรรมการศึกษาสืบค้นข้อมูลสุขภาพออนไลน์ในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยหาข้อมูลผ่านระบบมือถือถึงร้อยละ 75.3 ส่วนใหญ่เป็นการหาข้อมูลรูปแบบการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 11.4) การรักษาพยาบาล (ร้อยละ 11.0) และการใช้ยารักษาโรค (ร้อยละ 9.9)⁽²⁾ การศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการศึกษที่เน้นความเจ็บป่วยหรือโรคที่เฉพาะเจาะจง⁽³⁻⁵⁾ หรือเน้นที่ความแตกฉานด้านสุขภาพในภาพรวม ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นสมรรถนะของการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในแต่ละมิติที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยสามารถนำผลการศึกษครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนายุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

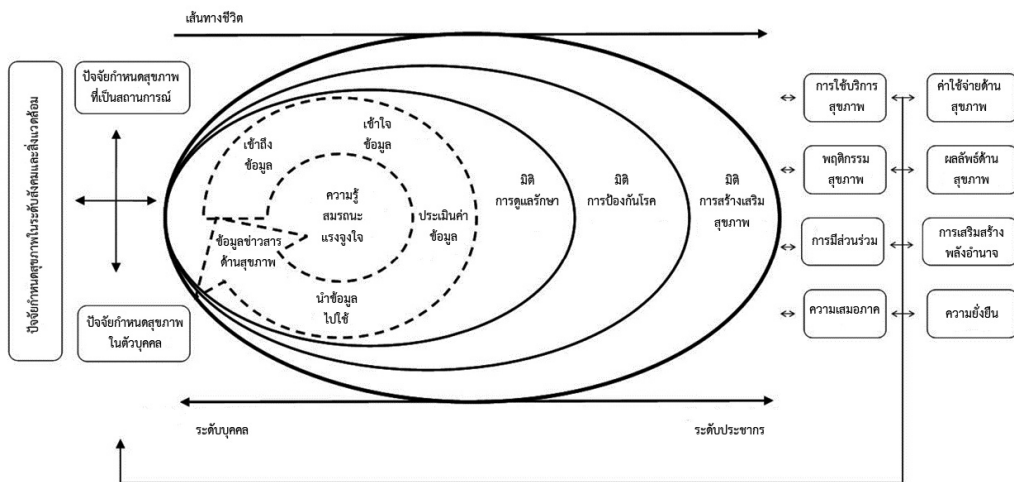
การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen⁽⁶⁾ ที่เสนอว่าสมรรถนะของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health information) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่

- 1) การเข้าถึง (Access) คือ ความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
- 2) การเข้าใจ (Understand) คือ ความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึง
- 3) การประเมินค่า (Appraise) คือ ความสามารถในการตีความ ประเมินค่า และตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพจากข้อ 1 และ 2
- 4) การนำไปใช้ (Apply) คือ ความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพจากข้อ 1, 2 และ 3 ไปใช้ในการสื่อสาร ดูแลรักษา และปรับปรุงสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

สมรรถนะเหล่านี้จะสร้างความรู้และทักษะที่สำคัญสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพ 3 มิติ ได้แก่

- 1) มิติการดูแลรักษา (Health care) ในกรณีที่บุคคลมีภาวะเจ็บป่วยและต้องรับการรักษาพยาบาล
- 2) มิติการป้องกันโรค (Disease prevention) ในกรณีที่บุคคลมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

3) มิติการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) ในกรณีปกติที่บุคคลต้องการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งสมรรถนะและมิติการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคล (Individual level) และระดับประชากร (Population level) และเกิดขึ้นตลอดช่วงอายุ ตั้งแต่เกิดจนตาย (Life course) ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen (6-7)

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นที่สมรรถนะในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมินค่า และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ใน 3 มิติ ได้แก่ มิติการดูแลรักษา การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุชาวไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและอาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา จากข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2561 จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนประชากรกลางปีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 436,554 คน⁽⁶⁾ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรคำนวณเมื่อทราบจำนวนประชากร⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1 - P)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{P(1 - P)}{N}}$$

โดยกำหนดให้

- n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
- P = สัดส่วนลักษณะที่สนใจในประชากร ในที่นี้กำหนดให้ P เท่ากับ 0.5
- e = ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ในที่นี้กำหนดให้ e เท่ากับ 0.05
- Z = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% (ความคลาดเคลื่อน 0.01) กำหนดให้ Z = 2.58
- N = จำนวนประชากร

ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 383.82 บวกเพิ่มร้อยละ 25 ในกรณีที่ใช้แบบสอบถามมีการสูญหาย ไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 480 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) โดยในขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือก อำเภอจำนวน 3 อำเภอจากอำเภอในจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด 32 อำเภอ ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกตำบล ใน 3 อำเภอที่สุ่มได้ในขั้นตอนแรกมาจำนวนอำเภอละ 2 ตำบล รวมจำนวนตำบลทั้งสิ้น 6 ตำบล แต่ละ ตำบล ผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุจำนวน 80 คน

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ แปลด้วยเทคนิค การแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (Forward-only translation with testing)⁽¹⁰⁾ จาก Health Literacy Survey-European Union ที่พัฒนาโดย Sørensen และคณะ⁽¹¹⁾ แบบสอบถามฉบับนี้มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ มี 10 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามที่ถามสมรรถนะในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ในกระบวนการ ที่ผู้สูงอายุต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การตัดสินใจเลือก และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองใน 3 มิติได้แก่ มิติการดูแลสุขภาพ มิติการป้องกันโรค และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ เป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1) ยากมาก 2) ค่อนข้างยาก 3) ค่อนข้างง่าย และ 4) ง่ายมาก ได้วิเคราะห์ ความเที่ยง โดยใช้ดัชนีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 จำนวนข้อคำถามแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกรายด้านและขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง กับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน	การดูแลรักษา	การป้องกันโรค	การสร้างเสริมสุขภาพ	รวม
ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 4 สมรรถนะที่จัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ				
1. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	4	4	5	13
2. การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	4	3	4	11
3. การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	4	5	3	12
4. การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้	4	3	4	11
รวม	16	15	16	47

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2562 ผู้วิจัยประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในตำบลที่สุ่มได้ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้สูงอายุ 6 ตำบล ๆ ละ 80 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลบางพื้นที่ มีผู้สูงอายุมีความประสงค์ให้ข้อมูลจำนวนมากกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 505 คน คิดเป็นร้อยละ 105.21 ประมวลผลข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้วิจัยนำคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายมิติ (มิติการดูแลรักษา มิติการป้องกันโรค และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ) และในแต่ละสมรรถนะที่ผู้สูงอายุต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การตัดสินใจเลือก และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง) มาคำนวณค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Index-HLI) โดยใช้สูตร⁽¹²⁾

$$HLI = (mean - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

โดยกำหนดให้

HLI = ดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ

mean = ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ

ค่าดัชนีความรู้ด้านสุขภาพที่คำนวณได้จะมีค่าตั้งแต่ 0-50 โดยกำหนดให้ค่าดัชนีแต่ละช่วงมีการแปลผลดังนี้⁽¹²⁾

0-25 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy)

>25-33 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับเป็นปัญหา (Problematic health literacy)

>33-42 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (Sufficient health literacy)

>42-50 = ความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยม (Excellent health literacy)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัคร และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างจากปฏิเสธและขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้วิจัยรายงานข้อมูลที่ได้ในภาพรวม รวมถึง จัดเก็บเอกสารไว้ในที่ปลอดภัย และทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 505 คน เป็นดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 505 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 286 คน (ร้อยละ 56.6) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส จำนวน 256 คน (ร้อยละ 50.7) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-97 ปี และมีอายุเฉลี่ย 70.26 ปี (SD = 7.52) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี จำนวน 175 คน (ร้อยละ 34.7) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 500 คน (ร้อยละ 99.0) จำนวนปีเฉลี่ยที่เรียนในโรงเรียน (โดยนับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เป็นปีที่ 1) เท่ากับ 4.57 ปี (SD = 2.906) ส่วนใหญ่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ จำนวน 426 คน (ร้อยละ 84.4) ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 356 คน (ร้อยละ 70.5) และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 427 คน (ร้อยละ 84.6) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n=505)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	219	43.4
หญิง	286	56.6
สถานภาพสมรส		
โสด	18	3.6
อยู่ด้วยกัน	35	6.9
สมรส	285	56.4
หย่า/แยกกันอยู่	15	3.0
หม้าย	152	30.1
อายุ		
60-64 ปี	142	28.1
65-69 ปี	123	24.4
70-79 ปี	175	34.7
80 ปีขึ้นไป	65	12.9
ศาสนา		
พุทธ	500	99.0
คริสต์	2	0.4
อิสลาม	3	0.6
สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้หรือไม่		
อ่านและเขียนหนังสือได้	426	85.0
อ่านและเขียนหนังสือไม่ได้	75	15.0
สถานภาพการทำงาน		
ทำงานเต็มเวลา	105	21.2
ทำงานบางเวลา (Part-time)	35	7.1
ไม่ได้ทำงาน	356	71.8
สิทธิการรักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	427	85.7
ประกันสังคม	10	2.0
ต้นสังกัด (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	61	12.2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา มีรายละเอียด ดังนี้

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา เท่ากับ 31.84 (SD=7.02) แปลผลว่าเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 261 คน (ร้อยละ 51.7) รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 136 คน (ร้อยละ 26.9) (ตารางที่ 4)

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายมิติ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้านได้ 3 มิติ ดังนี้

ก) มิติการดูแลสุขภาพ (Health care settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการดูแลสุขภาพเท่ากับ 32.50 (SD=7.07) แปลผลว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการดูแลสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 214 คน (ร้อยละ 42.4) รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 184 คน (ร้อยละ 36.4) (ตารางที่ 4)

ข) มิติการควบคุมโรค (Disease prevention settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติการควบคุมโรคเท่ากับ 32.26 (SD=6.96) แปลผลว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการควบคุมโรคของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการควบคุมโรคในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 208 คน (ร้อยละ 41.2) รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 183 คน (ร้อยละ 36.2) (ตารางที่ 4)

ค) มิติการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion settings)

ค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 30.78 (SD=8.49) แปลผลว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติการสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 192 คน (ร้อยละ 38.0) รองลงมาคือระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 171 คน (ร้อยละ 33.9) (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกันทั้ง 3 มิติ พบว่า มิติที่มีค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดคือ มิติการควบคุมโรค ($\bar{X} = 32.50$, $SD=7.07$) รองลงมาคือ มิติการป้องกันโรค ($\bar{X} = 32.26$, $SD=6.96$) และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 30.78$, $SD=8.49$) ตามลำดับ

3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะในกระบวนการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กระบวนการที่ผู้สูงอายุต้องจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ก) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Finding health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 31.60 ($SD=7.44$) แปลผลว่าความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 198 คน (ร้อยละ 39.2) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 180 คน (ร้อยละ 35.6) (ตารางที่ 4)

ข) การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Understanding health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 32.65 ($SD=7.54$) แปลผลว่าความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 222 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 163 คน (ร้อยละ 32.3) (ตารางที่ 4)

ค) การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Judging health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเท่ากับ 31.58 ($SD=7.15$) แปลผลว่าความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level) (ตารางที่ 3) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 198 คน (ร้อยละ 39.2) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 181 คน (ร้อยละ 35.8) (ตารางที่ 4)

ง) การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ (Applying health information)

ค่าเฉลี่ยของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพเท่ากับ 31.79 ($SD=7.86$) แปลผลว่าความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา (Problematic health literacy level)

(ตารางที่ 3) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพในระดับที่เป็นปัญหา (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >25-33) จำนวน 190 คน (ร้อยละ 37.6) รองลงมาคือกลุ่มที่มีความสามารถในการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (ค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ระหว่าง >33-42) จำนวน 182 คน (ร้อยละ 36.0) (ตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกันทั้ง 4 สมรรถนะ พบว่า สมรรถนะที่มีค่าดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดคือ ขั้นการทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =32.65, SD=7.54) ส่วนอีก 3 ขั้นตอนนั้นมีค่าเฉลี่ยดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกัน เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ขั้นการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ (\bar{X} =31.79, SD=7.86) ขั้นการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =31.60, SD=7.44) และขั้นการตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (\bar{X} =31.58, SD=7.15) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม จำแนกตามมิติ และจำแนกตามสมรรถนะ

ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม	31.84	7.02	เป็นปัญหา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ			
มิติการรักษาพยาบาล	32.50	7.07	เป็นปัญหา
มิติการป้องกันโรค	32.26	6.96	เป็นปัญหา
มิติการสร้างเสริมสุขภาพ	30.78	8.49	เป็นปัญหา
ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะ			
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	31.60	7.44	เป็นปัญหา
การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	32.65	7.54	เป็นปัญหา
การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	31.58	7.15	เป็นปัญหา
การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้	31.79	7.86	เป็นปัญหา

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ในรายมิติ และในรายสมรรถนะ

ระดับของดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	%
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม		
ไม่เพียงพอ (0-25)	63	12.5
เป็นปัญหา (>25-33)	261	51.7
เพียงพอ (>33-42)	136	26.9
ดีเยี่ยม (>42-50)	45	8.9
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ		
มิติการรักษาพยาบาล		
ไม่เพียงพอ (0-25)	60	11.9
เป็นปัญหา (>25-33)	214	42.4
เพียงพอ (>33-42)	184	36.4
ดีเยี่ยม (>42-50)	47	9.3
มิติการป้องกันโรค		
ไม่เพียงพอ (0-25)	61	12.1
เป็นปัญหา (>25-33)	208	41.2
เพียงพอ (>33-42)	183	36.2
ดีเยี่ยม (>42-50)	53	10.5
มิติการสร้างเสริมสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	101	20.0
เป็นปัญหา (>25-33)	192	38.0
เพียงพอ (>33-42)	171	33.9
ดีเยี่ยม (>42-50)	41	8.1
ดัชนีความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละสมรรถนะ		
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	85	16.8
เป็นปัญหา (>25-33)	180	35.6
เพียงพอ (>33-42)	198	39.2
ดีเยี่ยม (>42-50)	42	8.3

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมในรายมิติ และในรายสมรรถนะ

ระดับของดัชนีความรู้ด้านสุขภาพ	n	%
การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	62	12..
เป็นปัญหา (>25-33)	163	32.3
เพียงพอ (>33-42)	222	44.0
ดีเยี่ยม (>42-50)	58	11.5
การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		
ไม่เพียงพอ (0-25)	87	17.2
เป็นปัญหา (>25-33)	198	39.2
เพียงพอ (>33-42)	181	35.8
ดีเยี่ยม (>42-50)	39	7.7
การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้		
ไม่เพียงพอ (0-25)	81	16.0
เป็นปัญหา (>25-33)	190	37.6
เพียงพอ (>33-42)	182	36.0
ดีเยี่ยม (>42-50)	52	10.3

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวม การสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละมิติ (มิติการดูแลสุขภาพ, มิติการป้องกันโรค และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ) และการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละสมรรถนะ (การเข้าถึง, การทำความเข้าใจ, การตัดสินใจเลือก และการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง) ของผู้สูงอายุ ทั้งหมดอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา การศึกษาในต่างประเทศด้วยเครื่องมือ Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) กับกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาเช่นเดียวกัน Stonska และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัด (ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ+เป็นปัญหา) ถึงร้อยละ 61.3 เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (กลุ่มอายุ 51-64 ปี พบร้อยละ 46.0 และกลุ่มอายุ 50 ปีลงมา พบร้อยละ 39.9) นับว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับจำกัดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น การศึกษาในประเทศฟินแลนด์ โดย Eronen และคณะ⁽¹⁴⁾ กับผู้สูงอายุจำนวน 292 คน พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 35.05 (SD=6.32) ถึงแม้ว่าจะแปลผลว่ามีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ แต่นับว่า

ค่าเฉลี่ยอยู่ใกล้ระดับที่เป็นปัญหามาก (HLI อยู่ระหว่าง >25-33) การศึกษากับผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรเยอรมันตะวันออก⁽¹⁵⁾ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 36.9 (SD=6.9) นับว่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้ การศึกษาใน 6 ประเทศในทวีปเอเชีย ได้แก่ อินโดนีเซีย คาซัคสถาน มาเลเซีย เมียนมาร์ ไต้หวัน และเวียดนาม พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละประเทศอยู่ระหว่าง 29.6 และ 34.4 โดยประเทศที่มีค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพเรียงลำดับจากมากไปน้อยมีดังนี้ 1) ไต้หวัน ($X = 34.4$, $SD = 6.6$), 2) มาเลเซีย ($X = 32.9$, $SD = 7.2$), 3) คาซัคสถาน ($X = 31.6$, $SD = 9.3$), 4) อินโดนีเซีย ($X = 31.4$, $SD = 5.8$), 5) เมียนมาร์ ($X = 31.3$, $SD = 8.7$), และ 6) เวียดนาม ($X = 29.6$, $SD = 9.1$)⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากปัจจัยหลายประการ ตามที่อธิบายในกรอบแนวคิดของ Sørensen^(6,11) ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ นอกจากปัจจัยในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ สมรรถนะ และแรงจูงใจแล้ว ยังมีปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสถานการณ์ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอีกด้วย การศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพควบคู่กับระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความจำเป็น หากต้องการทราบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในอนาคต

การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากรมีความสำคัญต่อการวางแผนพัฒนาสุขภาพของประชากรทุกระดับ การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ง่าย สั้น กระชับ แต่มีความตรงและความเที่ยงสูง (Valid and reliable) เป็นแนวทางที่หลายประเทศดำเนินการ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป (Health Literacy Survey-European Union หรือ HLS-EU) แบบเต็มรูปแบบมีข้อความคำถามจำนวน 47 ข้อ เป็นเครื่องมือที่มีความละเอียด แต่อาจไม่เหมาะกับการนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความรู้ด้านสุขภาพในระดับประชากร ในอนาคต ควรมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่มีจำนวนข้อน้อยลงแต่มีคุณภาพในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมที่มีประสิทธิภาพ เช่น แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพแบบ 16 ข้อคำถาม (HLS-EU-Q16) พบว่ามีการนำไปใช้ในการศึกษาหลายโครงการ เช่น การสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างชาวเยอรมันตะวันออกที่มีอายุระหว่าง 55 ถึง 91 ปีจำนวน 1,107 คน พบว่าเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88⁽¹⁵⁾ การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวฟินแลนด์ที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุ 75 ปี จำนวน 292 คน ด้วยการทดสอบซ้ำในเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีความรู้ด้านสุขภาพจากการสำรวจครั้งแรกเท่ากับ 35.9 (SD=5.9) และค่าเฉลี่ยจากการสำรวจครั้งที่สองในเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์เท่ากับ 35.4 (SD=5.5) เมื่อทดสอบด้วย Intra-class correlation coefficient พบว่าค่าที่สำรวจได้ทั้งสองครั้งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.782⁽¹⁴⁾ การศึกษากับชาวสวีเดนจำนวน 323 คน ด้วยวิธีทดสอบซ้ำเช่นเดียวกัน พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงถึง 0.86⁽¹⁷⁾ มีการศึกษาหลายโครงการที่พัฒนาเครื่องมือประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพให้สั้นยิ่งขึ้น โดยพัฒนาแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพแบบ 6 คำถาม (HLS-EU-Q6) ได้แก่ การศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 317 คนในกรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส⁽¹⁸⁾ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือระหว่าง HLS-EU-Q16 และ HLS-EU-Q6 กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คนในเมืองฟลอเรนซ์ ประเทศอิตาลี⁽¹⁹⁾ การศึกษาความรู้

ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยหลายโรคที่มารับบริการในสถานบริการปฐมภูมิจำนวน 888 คน ในประเทศสวีเดนและแลนด์ด้วย HLS-EU-Q6⁽²⁰⁾ ซึ่งการศึกษาในทุกโครงการพบว่าเครื่องมือที่พัฒนามีคุณภาพในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมสูงใกล้เคียงกับเครื่องมือฉบับเต็มที่มีข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในทุกมิติ และทุกสมรรถนะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีในลำดับต่อไป
2. พัฒนากิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคต
3. พัฒนาระบบการคัดกรองในระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ กับประชากรทุกกลุ่มวัย โดยมีกำหนดการคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประจำทุก 2-5 ปี ตามศักยภาพและความพร้อม เพื่อทราบแนวโน้มและนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการพัฒนาด้านการศึกษาและสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
2. Kheokao, J, Ubolwan, K, Tipkanjanaraykha, K, & Plodpluang, U. Online health information seeking behaviors among the Thai elderly social media users. TLA Research Journal 2019;12(1):60-76.
3. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560;11(1):26-30.
4. นิชดา สารถวัลย์แพศย์, สมยศ ศรีจารนัย, เมทณี ระดาบุตร, ปัฐยาวัชร ประกฤษผล, วนิตา ขวเจริญพันธ์ และ ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์. การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารพยาบาลตำรวจ 2562;11(1):95-106.
5. พิษณุรักษ์ กันทวิ และสริกร พงศ์พานิช. ความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลป่าตึงอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2562;11(1):73-83.
6. Sørensen, K, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration

- of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80; DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
7. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา; 2562.
 8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2561. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน[ออนไลน์]/มปป. เข้าถึงวันที่ 7 มกราคม 2562, เข้าถึงจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/pop61_v2.xls
 9. จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2555;20(3):192-8.
 10. นันทกา สวัสดิพานิช และ สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในการงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(1):19-28.
 11. Sørensen, K, Van den Broucke, S, Pelikan, JM, Fullam, J, Doyle, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health 2013; 13:948.
 12. Pelikan JM, Röthlin F, & Canahl K Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study [Oral presentation], 6th Annual Health Literacy Research Conference; 2014, Oct. 3-4; Bethesda, MD.
 13. Słomska, Z, Borowiec, AA, & Aranowska, AE. Health literacy and health among the elderly: Status and challenges in the context of the Polish population aging process. Anthropological Review 2015;78(3):297-307.
 14. Eronen, J, Paakkari, L, Protegijis, E, Saajanaho, M, & Rantanen, T. Assessment of health literacy among older Finns. AGING CLIN EXP RES 2019;31:549-56.
 15. Tiller, D, Herzog, B, Kluttig, A, & Haerting, J. Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study. BMC Public Health 2015;15:883.
 16. Duong, TV, Aringazina, A, Baisunova, G, Nurjanah, Pham, TV, Pham, KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol 2016;<http://dx.doi.org/10.1016/j.je.2016.09.005>.
 17. Wångdahl, J, Jaensson, M, Dahlberg, K, & Nilsson, U. The Swedish version of the electronic health literacy scale: Prospective psychometric evaluation study including thresholds levels. JMIR Mhealth Uhealth 2020;8(2):e16316; DOI:10.2196/16316.

18. Rouquette, A, Nadot, T, Labitrie, P, Van den Broucke, S, Mancini, J, Rigal, L, et al. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European health literacy survey questionnaire. PLOS ONE 2018;13(12); e0208091.
19. Lorini, C, Lastrucci, V, Mantwill, S, Vettori, V, Bonaccorsi, G, & the Florence Health Literacy Research Group. Measuring health literacy in Italy: A validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language, conducted in Florence and its surroundings. Ann Ist Super Sanità 2019;55(1):10-8.
20. N’Goran, AA, Pasquier, J, Deruaz-Luyet, A, Burnand, B, Haller, DM, Neuner-Jehle, S, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: A cross-sectional study in Switzerland. BMJ Open 2018;8:e018281.