APHEIT Journal of Nursing and Health
Received: Jul 20, 2023 Revised: Aug 26, 2023 Accepted: Aug 30, 2023

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงและชายที่อาศัยในชุมชน

The Comparison of Health Literacy among Female and Male Elderly Living in Community

วิมลรัตน์ บุญเสถียร[1] อรทัย เหรียญทิพยะสกุล[2]
Wimonrut Boonsatean[1] Orathai Reantippayasakul[2]

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Assistant Professor, Dr., School of Nursing, Rangsit University
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University
Corresponding author, Orathai Reantippayasakul, Email: orathai.r@rsu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 298 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบกลุ่มหลายชั้น เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้านหรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Mann-Whitney U test ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (52.35% และ 53.02% ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขั้นพื้นฐาน (Z -2.242, p .025) และขั้นวิจารณญาณ (Z -2.102, p .036) โดยผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสูงกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณสูงกว่าเพศชาย

ผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและชาย รวมทั้งสามารถวางแผนให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง หรือพัฒนาโครงการในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงตามเพศของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพศ ผู้สูงอายุ*

Abstract

This cross-sectional comparative descriptive study aimed to investigate and compare health literacy of female and male elderly living in community, Pathum Thani province. The 298 older adults—living in community at least 6 months, without dementia, and willing participation in the study—were randomly selected by multi-

stage cluster sampling method. The instruments included personal data and health literacy questionnaire. Data were collected by interview at home or at a convenient place for the participants. Data were analyzed using descriptive statistics and Mann-Whitney U test. The findings revealed that over a half of female and male elderly showed inadequate health literacy (52.35% และ 53.02%, respectively). There were statistically significant differences between females' and males' health literacy at the fundamental level (Z = -2.242, p .025) and critical level (Z = -2.102, p .036). At fundamental level, the male elderly had higher mean score than females, on the other hand, the females presented higher mean scores than males at critical health literacy level.

These research findings might help healthcare professionals understand the diffence of health literacy among female and male elderly and enable them to plan self-care recommendations or develope projects for enhancing gender-specific health literacy among the elderly appropriately.

Keywords *health literacy, sex, elderly*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทศวรรษที่ผ่านมาการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นร้อยละ 55.99 และวัยสูงอายุตอนกลางร้อยละ 29.39 โดยทุกกลุ่มวัยพบจำนวนผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) คาดการณ์ว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 คนต่อปี ส่วนผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7 คนต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2565) สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานีซึ่งพบผู้สูงอายุร้อยละ 16.28 ส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (60.11%) และจำนวนผู้สูงอายุหญิงทุกกลุ่มวัยสูงกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนผู้สูงอายุต่อวัยทำงานเท่ากับ 1 : 3.37 และอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงสูงอายุร้อยละ 29.67 ซึ่งสูงกว่าสถิติของประเทศเล็กน้อย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาในการดำรงชีวิตซึ่งเป็นผลจากภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย รวมทั้งความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือความจำเป็นที่ต้องอาศัยอยู่ลำพังกับหลาน/คู่สมรส ผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงต้องพึ่งพาตนเองมากกว่าในอดีต อย่างไรก็ตามสมรรถนะหลายด้านโดยเฉพาะความเสื่อมด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุจะลดลงทุกปีตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือ/ดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้โอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ แลกปลี่ยน หรือรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ/การดูแลตนเอง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพด้วยตนเอง จึงทำให้แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญมากขึ้น (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เหรียญทิพยะสกุล, 2563)

Received: Jul 20, 2023 Revised: Aug 26, 2023 Accepted: Aug 30, 2023

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ช่วยให้บุคคลเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพหลากหลายเพื่อค้นหาคำตอบที่ต้องการ บุคคลจะใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ ไตร่ตรอง ก่อนตัดสินใจเลือกหรือประยุกต์ใช้กับตนเอง (Berkman, Davis, & McCormack, 2010) ซึ่ง Nutbeam แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ เริ่มจากระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับสูงสุด คือ ระดับวิจารณญาณ ระดับที่สูงขึ้น บุคคลจะมีความสามารถในการค้นหาคำตอบ คิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ เลือก/ประยุกต์ใช้ หรือจัดการตนเองได้ดีขึ้น (Nutbeam & Lloyd, 2021)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (สมใจ อ่อนละเอียด, 2564) พฤติกรรมการดูแลตนเองแม้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม (วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์ และวรจรรฑญาร์ มงคลดิษฐ์, 2565) และคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอและดีเยี่ยมจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้สุขภาพในระดับไม่เพียงพอ 2.13 เท่า (ทิวากร พระไชยบุญ และคณะ, 2565) และการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่อาศัยในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน โดยพบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ระดับต่ำ (กิจปพน ศรีธานี, 2560; จามจุรี แซ่หลู่, ดาลิมา สำแดงสาร, และธมลวรรณ แก้วกระจก, 2564) ระดับพอใช้ (อุทุมพร ศรีเขื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจี่ยวิวรรธน์กุล, และสาวิตรี ทยานศิลป์, 2561) ระดับปานกลางถึงสูง (นัชชา เรืองเกียรติกุล, 2565; ลำพึง วอนอก, วรกมล เหล็กคำ, วรรณศรี แววงาม, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, และนภชา สิงห์วีรธรรม, 2565) และระดับดี/สูง (กนกวรรณ อังกสิทธิ์, อภิชาติ ไตรแสง, เฉลิมชัย ปัญญาดี, และสมคิด แก้วทิพย์, 2566; สมใจ อ่อนละเอียด, 2564) โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือระดับพอใช้จะมีความรู้ความเข้าใจสุขภาพทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้อง มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ(สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562) และการสื่อสารสุขภาพในระดับไม่ดี (สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562; อุทุมพร ศรีเขื่อนแก้ว และคณะ, 2561) ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีจะพบความรอบรู้ด้านสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (กนกวรรณ อังกสิทธิ์ และคณะ, 2566) การจัดการสุขภาพตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อที่อยู่ในระดับปานกลาง (กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2564)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Çaylan, Yayla, Öztora, & Dağdeviren, 2017; Wu et al., 2017) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุบางส่วน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กนกวรรณ อังกสิทธิ์ และคณะ, 2566; กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2564; จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ,

2564; สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562) ส่วนเพศพบการศึกษาในต่างประเทศ ของ Sun, et al. (2022) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของทั้งสองเพศมีความแตกต่างกัน ในขณะที่การศึกษาในประเทศไทย พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน พบการศึกษาทั้งที่มีความสัมพันธ์ (กนกวรรณ อังกสิทธิ์ และคณะ, 2566; กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2564) และไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ, 2564; นัชชา เรืองเกียรติกุล, 2565)

แม้ปัจจุบันจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโครงการ/โปรแกรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และสัดส่วนผู้สูงอายุต่อวัยทำงานน้อยลงทุกขณะ อย่างไรก็ตามงานวิจัยพื้นฐานที่ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังคงพบผลวิจัยที่แตกต่างกันขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา และแม้การศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้และระดับการศึกษาสูงน่าจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี แต่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่อาจสรุปผลได้อย่างชัดเจน รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบในประเด็นดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาหรือส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับเพศของผู้สูงอายุ และอาจใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมตามเพศของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยในชุมชน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยในชุมชน แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจและมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความเข้าใจ สามารถตีความกลั่นกรองและประเมินข้อมูล เพื่อตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายให้ตนเองมีสุขภาพดี โดยแบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) มุ่งเน้นที่ทักษะพื้นฐาน เช่น ฟัง พูด อ่าน เขียน ซึ่ง

Received: Jul 20, 2023 Revised: Aug 26, 2023 Accepted: Aug 30, 2023

ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพได้ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นทักษะในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากหลากหลายช่องทางทั้งทางเอกสาร การโต้ตอบทางเว็บไซต์หรือการสื่อสารกับผู้อื่น และช่องทางอื่น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสุขภาพที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) ระดับวิจารณญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะที่ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพหรือช่องทางอื่น ก่อนตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อดูแลสุขภาพของตนอย่างสอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Nutbeam & Lloyd, 2021)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional comparative descriptive study) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงกับเพศชายที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี โดยใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนของจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยในชุมชน จำนวน 4 ชุมชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองปทุมธานี 1 แห่ง ซึ่งได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มแบบกลุ่มหลายชั้น (multi-stage cluster sampling method) แบ่งการสุ่มเป็นชั้นตามเขตที่พักอาศัย สุ่มตัวอย่างทีละชั้น ๆ ละ 1 ตัวอย่าง จากระดับจังหวัด อำเภอ รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข และชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข ขั้นแรก สุ่มอำเภอตัวอย่าง 1 อำเภอในจังหวัดปทุมธานี ขั้น 2 สุ่ม 1 รพ.สต./ศูนย์ฯ จากอำเภอตัวอย่าง ขั้น 3 สุ่ม 1 ชุมชนในความรับผิดชอบของ รพ.สต./ศูนย์ฯ ตัวอย่าง ผู้สูงอายุทุกคนจากชุมชนตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าจะถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง กรณีกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด ผู้วิจัยสุ่มชุมชนเพิ่มทีละ 1 ชุมชน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Cochran (1963) ($n = Z^2\sigma^2/e^2$) และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 295 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 298 คน

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) ผู้สูงอายุพักอาศัยในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน 2) ผลการคัดกรอง ไม่พบภาวะสมองเสื่อม และ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาที่อาจมีผลกระทบต่อการสื่อสารกับทีมวิจัย เช่น การมองเห็น การได้ยิน ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่อยู่ในชุมชนขณะเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้สูงอายุที่ปฏิเสธการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ใช้แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MSET 10) ของสมาคมโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (ประเสริฐ บุญเกิด, 2561) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แต่ละข้อ แปลผลการทดสอบตามระดับการศึกษาของผู้ถูกสัมภาษณ์ ดังนี้ คะแนนรวม ≤ 15 (ไม่ได้เรียนหนังสือ) ≤ 17 (สำเร็จระดับประถมศึกษา) ≤ 22 (เรียนสูงกว่าประถมศึกษา) หมายถึง สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานพัฒนาโดยผู้วิจัย ใช้สำหรับสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย ของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เหรียญทิพยะสกุล (2564) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษที่พัฒนาโดย Suka et al. ในปี ค.ศ. 2013 มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 1.00 คำนวณค่า cronbach's alpha coefficient ในการวิจัยครั้งนี้ได้เท่ากับ .86 ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน เป็นข้อคำถามด้านลบ 4 ข้อ ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 และ 4 ข้อ ตามลำดับ ลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1 - 5 คะแนน โดย 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย/ไม่เป็นจริง/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด/เป็นจริงมากที่สุด/เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามด้านลบจะให้คะแนนกลับกันกับข้อคำถามทางบวก การแปลผลแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (คะแนนโดยรวมและรายด้านร้อยละ 60 ขึ้นไป) และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ (คะแนนโดยรวมและรายด้านน้อยกว่าร้อยละ 60)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ COA. NO. RSUERB 2020-059 วันที่ 3 กันยายน 2563 และได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (สสจ.ปทุมธานี) ให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ เหตุผลของการเข้าร่วมการวิจัย การปฏิบัติตัว ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธตอบรับ หรือถอนตัวจากการวิจัยโดยจะไม่ได้รับผลกระทบด้านใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอม ข้อมูลจากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ผลวิจัยจะสรุปข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อผลงานวิจัยเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งเดียวโดยการสัมภาษณ์ตามข้อความในแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยัง สสจ.ปทุมธานี และผู้อำนวยการ รพ.สต. หลังได้รับอนุญาตจึงนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า

Received: Jul 20, 2023 Revised: Aug 26, 2023 Accepted: Aug 30, 2023

ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สถานที่สัมภาษณ์ คือ ที่บ้านหรือที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ สอบถามความสมัครใจและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเมื่อสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การสัมภาษณ์ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที/คน เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และขออนุญาตโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง และเพศชาย โดยใช้สถิติ Kolmogorov–Smirnov test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 298 คน เป็นเพศหญิงและชายเท่ากัน 149 คน (50%)

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (100%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (50.3%) และหย่าร้าง (42.3%) อายุเฉลี่ย 68.80 ปี (SD 6.42) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (75.2%) มากกว่าครึ่งไม่ได้ทำงาน (58.4%) ค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 10,000 บาท ส่วนใหญ่ประเมินว่าเพียงพอในการใช้จ่าย (67.8%) เมื่อสอบถามถึงจำนวนสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือที่อ่านในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา พบค่าเฉลี่ยจำนวนที่อ่านต่อเดือน 1.36 เล่ม (SD 1.17) จำนวนวันเฉลี่ยที่อ่านต่อสัปดาห์ 3.38 (SD 2.78) และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง (84.6%)

กลุ่มตัวอย่างเพศชายเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (99.3%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (55.7%) และหย่าร้าง (36.9%) อายุเฉลี่ย 69.77 ปี (SD 6.97) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (69.1%) มากกว่าครึ่งไม่ได้ทำงาน (63.8%) ค่ามัธยฐานรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 12,500 บาท ส่วนใหญ่ประเมินว่าเพียงพอในการใช้จ่าย (69.1%) เมื่อสอบถามถึงจำนวนสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือที่อ่านในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา พบค่าเฉลี่ยจำนวนที่อ่านต่อเดือน 0.99 เล่ม (SD 1.12) จำนวนวันเฉลี่ยที่อ่านต่อสัปดาห์ 2.52 (SD 2.69) และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง (75.8%)

เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของเพศหญิงและเพศชาย ตามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง) จำนวนสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือที่อ่านต่อเดือน และจำนวนวันที่อ่านสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือต่อสัปดาห์ พบว่า คุณลักษณะส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่เข้าร่วมการศึกษาไม่แตกต่างกัน ยกเว้น เรื่องสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือที่อ่าน พบว่า เพศหญิงอ่านสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือต่อเดือนมากกว่าเพศชายทั้งด้านจำนวน

เอกสารและจำนวนวันของการอ่านเอกสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z -2.624, p .009; Z -2.270, p .023 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย (n=298)

คุณลักษณะ	รวม	หญิง (n=149)	ชาย (n=149)	ค่าสถิติ (p-value)
Mean (SD)				
อายุ	69.28 (6.70)	68.80 (6.42)	69.77 (6.96)	Z = -1.104 (.270)
จำนวนสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือที่อ่านต่อเดือน	1.15 (1.15)	1.36 (1.17)	0.99 (1.12)	Z = -2.624 (.009)**
จำนวนวันที่อ่านสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือต่อสัปดาห์	2.88 (2.75)	3.38 (2.78)	2.52 (2.69)	Z = -2.270 (.023)*
Median (IQR)				
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	10,700 (4,000-20,000)	10,000 (3,000-20,000)	12,500 (5,000-23,500)	Z = -1.840 (.066)
จำนวน (ร้อยละ)				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	24 (8.05)	9 (6.04))	15 (10.06)	
ประถมศึกษา	215 (72.15)	112 (75.17)	103 (69.13)	χ^2 = 2.689 (.611)
มัธยมศึกษา	35 (11.74)	17 (11.41)	18 (12.08)	
อนุปริญญา	13 (4.36)	5 (3.35)	8 (5.37)	
ปริญญา	11 (3.69)	6 (4.03)	5 (3.35)	
โรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง)				
ไม่เป็น	59 ((19.80)	23 (15.44)	36 (24.16)	χ^2 = 3.572 (.059)[1]
เป็น	239 (80.20)	126 (84.56)	113 (75.84)	

หมายเหตุ Z = Mann-Whitney U test χ^2 = Chi-square * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ [1]Exact Sig (1-sided) p = .040

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีค่าใกล้เคียงกัน (M 41.43, SD 10.37; M 41.02, SD 11.89 ตามลำดับ) และมากกว่าครึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (52.35% และ 53.02% ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย (n=298)

เพศ	Min-Max	Mean (SD)	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
			ไม่เพียงพอ n (%)	เพียงพอ n (%)
หญิง	20-65	41.43 (10.37)	78 (52.35)	71 (47.65)
ชาย	17-65	41.02 (11.89)	79 (53.02)	70 (46.97)
คะแนนรวม	17-65	41.22 (11.14)	157 (52.68)	141 (47.31)

Received: Jul 20, 2023 Revised: Aug 26, 2023 Accepted: Aug 30, 2023

เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Z -2.242, p .025) และระดับวิจารณญาณ (Z -2.102, p .036) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานสูงกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณสูงกว่าเพศชาย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย (n=298)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Min-Max	รวม (n=298) Mean (SD)	หญิง (n=149) Mean (SD)	ชาย (n=149) Mean (SD)	Z (p-value)
ภาพรวม	17-65	41.22 (11.14)	41.43 (10.37)	41.02 (11.89)	-.396 (.692)
รายด้าน					
- ขั้นพื้นฐาน	4-20	12.87 (4.84)	12.25 (4.67)	13.50 (4.93)	-2.242 (.025)*
- ขั้นปฏิสัมพันธ์	5-25	17.50 (4.88)	17.56 (4.83)	17.44 (4.94)	-.332 (.740)
- ขั้นวิจารณญาณ	4-20	10.86 (6.09)	11.62 (6.20)	10.09 (5.90)	-2.102 (.036)*

หมายเหตุ Z = Mann-Whitney U test * = $p < 0.05$

การอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายเมื่อเทียบกับคะแนนรวมแม้จะมากกว่าร้อยละ 60 เล็กน้อย (เพศหญิง Mean 41.43 เพศชาย Mean 41.02 คะแนนรวมทั้งหมด 65 คะแนน) แต่พบว่าผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายมากกว่าครึ่งมีจำนวนร้อยละของผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (กิจปพน ศรีธานี, 2560; จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ, 2564; สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยที่เพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุมักมีการมองเห็นและการได้ยินลดลง ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการอ่านเอกสารและการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าในภาพรวมผู้สูงอายุอ่านสื่อสิ่งพิมพ์/หนังสือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพียง 1.15 ชิ้น/เดือน ร่วมกับข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ยังคงอ่านหนังสืออย่างต่อเนื่อง (ขวัญเมือง เก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาให้ข้อมูลสนับสนุนว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กนกวรรณ อังกสิทธิ์ และคณะ, 2566; จามจุรี แซ่หลู่ และคณะ, 2564) เมื่ออายุมากขึ้น กระบวนการคิดรู้ (cognitive function) จะลดลง การสั่งการของสมองช้าลง (Boyle et al., 2013) ความเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้ การทำความเข้าใจ การค้นหา ตัดสินใจ เลือก และปรับใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย พบความ

แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะขั้นพื้นฐาน และขั้นวิจารณญาณ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า เพศชายมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานสูงกว่า ในขณะที่เพศหญิงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณสูงกว่า การที่ผู้สูงอายุเพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีทักษะพื้นฐาน (ฟัง พูด อ่าน เขียน) เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารสุขภาพ และสามารถปฏิบัติตามข้อมูลความรู้ที่ได้รับได้ สมรรถนะขั้นพื้นฐานของเพศชายที่สูงกว่าเพศหญิงในการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากสรีรวิทยาของสมองเพศชายที่มีขนาดโต น้ำหนักมาก และมีจำนวนเซลล์สมองมากกว่าเพศหญิง (Goldman, 2017) และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและชาย แม้ผลการเปรียบเทียบจะไม่พบความแตกต่างของระดับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองเพศ แต่เมื่อพิจาณาร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีจำนวนและร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2564; นัชชา เรืองเกียรติกุล, 2565) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพศชายที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Sun et al., 2022) และระดับการศึกษานับเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายความรอบรู้ได้ดีที่สุด (Çaylan et al., 2017) ร่วมกับการที่สังคมและวัฒนธรรมไทยที่หล่อหลอมและเอื้อโอกาสให้เพศชายมีลักษณะเป็นผู้นำ เชื่อมั่นในตนเอง และกล้าแสดงออก (คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562) ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้เพศชายมีโอกาสฝึกฝนทักษะด้านการฟัง อ่าน เขียนมากกว่า ทำให้มีทักษะพื้นฐานสูงกว่า จึงเกิดความรู้และความเข้าใจข้อมูลข่าวสารสุขภาพมากกว่า และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับได้ดีกว่า

ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณมากกว่าเพศชาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นนี้เป็นการใช้ทักษะทางปัญญาและสังคมขั้นสูงสุดในการวิเคราะห์ เลือกสรรข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม (Nutbeam & Lloyd, 2021) ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ พัฒนาการของสมองในเพศหญิง บทบาทหน้าที่ที่สังคมไทยกำหนด และทักษะการบริหารจัดการของเพศหญิง พบว่า สมองของเพศหญิงมีเซลล์ประสาทมากกว่าเพศชาย และมีส่วนที่เชื่อมโยงระหว่างสมองซีกซ้ายและขวาขนาดใหญ่กว่า (corpus callosum) ผู้หญิงจึงใช้สมองทั้งสองซีกในการทำงานได้ดีกว่า (Goldman, 2017) ร่วมกับสังคมไทยปัจจุบันคาดหวังให้ผู้หญิงต้องพัฒนาบทบาทตนเองในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวและยังคงต้องรับผิดชอบบทบาทการดูแลบ้านและครอบครัว (คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2562) เหล่านี้อาจเป็นสถานการณ์ที่ช่วยฝึกฝนทักษะการคิดวิเคราะห์ การวางแผน และการตัดสินใจในเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสม นับเป็นประโยชน์ทางอ้อมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสฝึกทักษะการบริหารจัดการซ้ำๆ จนสามารถปรับหรือเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งภายหลัง

Received: Jul 20, 2023 Revised: Aug 26, 2023 Accepted: Aug 30, 2023

เกยีณอายุความคาดหวังของสังคมต่อเพศชายเกี่ยวกับความเข้มแข็งและบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงยังคงมีบทบาทในการดูแลบ้านและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและชายมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย และรายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่แตกต่างกัน ประสบการณ์ที่สั่งสมในชีวิตน่าจะใกล้เคียงกัน จึงมีทักษะด้านเทคโนโลยี การสื่อสารและการค้นหาข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการพิจารณาตีความและเลือกข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุทั้งสองเพศส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบบุคลากรสุขภาพ มีโอกาสสื่อสารโต้ตอบ และได้รับความรู้สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการสื่อสารข้อมูลอยู่ในระดับดี/สูง (กนกวรรณ อังกสิทธิ์ และคณะ, 2566; กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2564) แม้จะพบข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (กนกวรรณ อังกสิทธิ์ และคณะ, 2566) และด้านการรู้เท่าทันสื่อก็ตาม (กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ และผจงจิต ไกรถาวร, 2564)

ข้อเสนอแนะ

1. ใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางสำหรับการวางแผนพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยผู้สูงอายุเพศชายควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทแวดล้อม ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงที่ระดับการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยมศึกษา บุคลากรสุขภาพควรสื่อสารข้อมูลสุขภาพโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน สั้นกระชับตรงประเด็น เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง

2. พัฒนาโปรแกรม/โครงการในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับเพศ

ข้อจำกัดของการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและอาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมือง ผลการวิจัยจึงสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้เฉพาะกลุ่มสูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันเท่านั้น

แหล่งทุนสนับสนุน

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ อังกสิทธิ์, อภิชาติ ไตรแสง, เฉลิมชัย ปัญญาดี, และสมคิด แก้วทิพย์. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อาเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, *11*(1), 267–279.

กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, และผจงจิต ไกรถาวร. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, *27*(3), 331–342.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติผู้สูงอายุ. Retrieved July 1, 2023, from https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/47

กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, *11*(1), 26–36.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *9*(2), 1–8.

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2562). Gender role บทบาททางเพศ. Retrieved June 19, 2023, from https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/gender-role

จามจุรี แซ่หลู่, ดาลิมา สำแดงสาร, และธมลวรรณ แก้วกระจก. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, *6*(12), 1–14.

ทิวากร พระไชยบุญ, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, เพชรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นาเมือง, นาฎนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์, และอลงกรณ์ สุขเรืองกูล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, *4*(2), 48–56.

นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, *47*(1), 80–86.

ประเสริฐ บุญเกิด. (2561). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mental State Examination T10 (MSET10). สืบค้น 14 กรกฎาคม 2565, จาก https://w1.med.cmu.ac.th/anes/wp-content/uploads/2020/10/Newsletter_MSET10-2.pdf

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลำพึง วอนอก, วรกมล เหล็กคำ, วรรณศรี แววงาม, กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, และนภชา สิงห์วีรธรรม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, *35*(2), 51–66.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร, และอรทัย เหรียญทิพยะสกุล. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, *2*(1), 1–19.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร, และอรทัย เหรียญทิพยะสกุล. (2564). ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *14*(1), 198–212.

วิไลลักษณ์ ตียาพันธ์, และวรจรรฑญาร์ มงคลดิษฐ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในศูนย์บริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสาร*

Received: Jul 20, 2023 Revised: Aug 26, 2023 Accepted: Aug 30, 2023

นวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย, *6*(2), 336–351.

สมใจ อ่อนละเอียด. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพฤฒพลัง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, *14*(3), 333–345.

สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาหัส, สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์, วิถี ธุระธรรม, และภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *11*(1), 86–94.

อุทุมพร ศรีเขื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจี่ยวิวรรธน์กุล, และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *MFU Connexion*, *7*(2), 76–95.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, *15*(Suppl 2.9-19). https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985

Boyle, P. A., Yu, L., Wilson, R. S., Segawa, E., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2013). Cognitive decline impairs financial and health literacy among community-based older persons without dementia. *Psychology and Aging*, *28*(3). https://doi.org/10.1037/a0033103

Çaylan, A., Yayla, K., Öztora, S., & Dağdeviren, H. N. (2017). Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*, *28*(15), 6803–6807.

Cochran, W. G. (1963). *Sampling Techniques* (2nd ed.). New York: John Wiley and Son., Inc.

Goldman, B. (2017). The cognitive differences between men and women. Retrieved June 19, 2023, from https://stanmed.stanford.edu/how-mens-and-womens-brains-are-different/

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, *42*, 159–173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Sun, S., Lu, J., Wang, Y., Wang, Y., Wu, L., Zhu, S., … Xu, H. (2022). Gender differences in factors associated with the health literacy of hospitalized older patients with chronic diseases: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *10*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.944103

Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(6), E628. https://doi.org/10.3390/ijerph14060628