

การสำรวจความต้องการการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพ และภาวะการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุ คงเจริญ^{1*} นันทิมา นาคาพงศ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะความจำบกพร่อง โดยได้รับการทดสอบด้วยเครื่องมือ MMSE ยินดีให้การสัมภาษณ์และเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

กลุ่มผู้ตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยมีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรมส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถึงร้อยละ 80 และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ส่วนน้อยที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ

ข้อเสนอแนะควรมีการกำหนดตัวชี้วัดระดับพื้นที่ในเรื่องอัตราการรู้หนังสือ การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ กำหนดให้มียุทธศาสตร์พัฒนาความฉลาดทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ และกำหนดให้หน่วยงานทางด้านการศึกษาและหน่วยงานทางด้านส่งเสริมสุขภาพ จัดทำหลักสูตรการรู้เท่าทันสื่อ การวิเคราะห์ ประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ แก่ประชากรทุกระดับ

คำสำคัญ : ความฉลาดทางสุขภาพ/ผู้สูงอายุ/พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ/การป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์ประจำ สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน วิทยาลัยการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา e-mail: bunthi_ta@hotmail.com

² อาจารย์ประจำ สาขาวิชาวิจัย วัดและการประเมินผลทางการศึกษา วิทยาลัยการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา e-mail:

nanabo@hotmail.com

*ผู้นิพนธ์หลัก e-mail: bunthi_ta@hotmail.com

THE SURVEYS ON STRENGTHENING INTELLIGENCE NEEDS AND SELF-HELP OF THE ELDERLIES IN PHAYAO PROVINCE

Ketsaraphan Punsrigate Khongjaroen^{1*} Nanthima Nakaphong²

Abstract

The purposes of this study were as follows: 1) to study the level of the older adults's health literacy quotient 2) to study the relationship between health literacy and health promotion behaviors and disease prevention. The research was done with 400 older adults, both male and female. Living in Ampur Mueang, Phayao Province can communicate in Thai. No memory impaired, samples tested with MMSE. Instrument used in the research were questionnaires and interviews. Statistics used in data analysis are frequency, percentage, mean, standard deviation. The results revealed that the overall level of the older adults's health literacy was moderate, Most behaviors, self-care behaviors, avoided risk behavior, take medicine regularly, are less than 80%. Based on qualitative data, the sample of health literacy was mostly at the functional health Literacy level, minority was interactive health literacy and critical health literacy.

From the findings, suggested that should be set for literacy rates, increased access to accurate and reliable sources of health information. Create a health literacy policy from childhood, adolescence, adulthood and the older adults and establishment of education and health promotion department prepare media literacy courses, media analysis, media monitor to the population at all levels.

Keywords : Health Intelligence / Elderly / Health Promotion Behaviors / Disease Prevention of the Elderly

¹ *lecturer of Curriculum and Instruction. School of Education University of Phayao.*
e-mail: bunthi_ta@hotmail.com

² *lecturer of Research Measurement and Evaluation of Education. School of Education University of Phayao.*
e-mail: nanabo@hotmail.com

**Corresponding author, e-mail: bunthi_ta@hotmail.com*

บทนำ

จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ การให้บริการสุขภาพใน

ปัจจุบันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น ข้อมูลทางด้านสุขภาพเป็นข้อมูลทางเทคนิคที่มีความซับซ้อน ยากต่อการทำความเข้าใจ เช่น ขั้นตอนในการรักษา คำอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา การเซ็นใบยินยอมก่อนผ่าตัด การบริหารยาที่มีผลข้างเคียงสูง หนังสือแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการดูแลในระยะสุดท้ายผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เข้าใจปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สามารถประเมินความถูกต้องและ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ มีความเข้าใจในระบบสุขภาพ สามารถซักถามหรือร้องขอข้อมูล ทางด้านสุขภาพ รู้สึกมั่นใจและมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความฉลาดทางสุขภาพจึงเป็นระดับความสามารถของการได้มาซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพผ่านกระบวนการและทำความเข้าใจการจำแนกระดับของความฉลาดทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Nutbeam D.; 2000, 2008) คือ ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่ จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย Kickbusch (Kickbusch, 2001: 292) ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (social skill) ที่ใช้ ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร ที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรณ์ญาณ หรือ critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการ สถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจรณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และ การมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านพัฒนาชุมชน จึงต้องการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันในพื้นที่ที่ศึกษา และนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความต้องการการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาภาวะการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 20,404 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย, 2559) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะความจำบกพร่อง โดยได้รับการทดสอบด้วยเครื่องมือ MMSE ยินดีให้การสัมภาษณ์และเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเทศบาลที่สังกัดในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ได้แก่ เทศบาลเมืองพะเยา เทศบาลตำบลท่าวังทอง, เทศบาลตำบลแม่กา, เทศบาลตำบลแม่ปืม, เทศบาลตำบลบ้านต๋อม, เทศบาลตำบลบ้านต้า, เทศบาลตำบลบ้านสา, เทศบาลตำบลบ้านใหม่, เทศบาลตำบลท่าจำปี, เทศบาลตำบลสันป่าม่วง จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของ เครซี่ และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างอิงใน ฉัตรสมุน พดุมิภิญโญ, 2553, หน้า 190)

พื้นที่วิจัย

เทศบาลเมืองพะเยา เทศบาลตำบลท่าวังทอง, เทศบาลตำบลแม่กา, เทศบาลตำบลแม่ปืม, เทศบาลตำบลบ้านต๋อม, เทศบาลตำบลบ้านต้า, เทศบาลตำบลบ้านสา, เทศบาลตำบลบ้านใหม่, เทศบาลตำบลท่าจำปี, เทศบาลตำบลสันป่าม่วง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว

2. แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ (Nutbeam, 2008) โดยแบ่งระดับความฉลาดทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 14-70 คะแนน

3. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การไปตรวจสุขภาพ และการไปพบแพทย์ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 20-100 คะแนน

4. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi Structure Interview Questionnaires) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.30 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน

5. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi Structure Interview Questionnaires) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.30 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เทศบาล สำนักงานพัฒนาความมั่นคงและสังคม การศึกษานอกระบบ จำนวน 15 คน

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi Structure Interview Questionnaires) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.30 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองพะเยา เทศบาลตำบลท่าวังทอง เทศบาลตำบลแม่กา เทศบาลตำบลแม่ปืม เทศบาลตำบลบ้านต๋อม เทศบาลตำบลบ้านต้า, เทศบาลตำบลบ้านสาว เทศบาลตำบลบ้านใหม่ เทศบาลตำบลท่าจำปี เทศบาลตำบลสันป่าม่วง จำนวน 30 คนโดยมาจากแต่ละเทศบาลฯละ 3 คน

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างปลายเปิด (Semi Structure Interview Questionnaires) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 1-1.30 ชั่วโมง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เทศบาล สำนักงานพัฒนาความมั่นคงและสังคม การศึกษานอกระบบ รวม 15 คน

3. การทำประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เพื่อหาข้อเท็จจริง กระบวนการขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group)

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือจากวิทยาลัยการศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา ถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การบันทึกข้อมูลและการวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows การนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เพื่อหาความต้องการการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพและศึกษาภาวะการณ์ช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 246 คน คิดเป็นร้อยละ 61.50 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี มากที่สุด ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.80 มีสถานภาพอยู่เป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 59.00 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 การประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 48.30 รองลงมาคือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 28.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-1,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.00 โดยมีรายได้ต่ำสุด คือ 600 บาท และมีรายได้สูงสุด คือ 30,400 บาท รายได้ที่ได้มาส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 75.80 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมัน เบาหวาน หัวใจ ไต เกาต์ ข้อเสื่อม และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 59.50

ตอนที่ 2 ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

พบว่า โดยรวมผู้ตอบแบบสอบถามมีความฉลาดทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการจัดการตนเอง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตอนที่ 3 ภาวะการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา

พบว่า ภาวะการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง รองลงมา คือ ด้านการไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น หยดยาเอง เมื่ออาการดีขึ้น และยืมยาของบุคคลอื่นมารับประทาน มีการปฏิบัติน้อยที่สุด/ไม่ปฏิบัติเลย

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว พบว่า อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ รายได้ และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ กับความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 42.8 มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.00 ไม่ได้เรียนหนังสือและร้อยละ 68.81 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา แนวโน้มของผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าเนื่องจากคนที่รู้หนังสือน้อยหรือมีระดับการรู้หนังสือต่ำ (Low Literacy) จะมีผลต่อการใช้ข้อมูล ข่าวสาร การเข้ารับบริการสุขภาพ ทำให้ขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Health Canada, 2002; เบญจมาศ สุมิตรไมตรี, 2556) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Parker, et al., 1995) พบว่า ประชาชนที่รู้หนังสือน้อยหรือมีระดับการรู้หนังสือต่ำ (low literacy) จะส่งผลโดยตรง และทางอ้อมต่อสถานะสุขภาพ เนื่องมาจากการอ่านออกเขียนได้ ทำให้คนนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูล ได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เนื่องจาก การรู้หนังสือ (literacy) เป็นความสามารถในการอ่าน เขียน พูดภาษาหลัก การคำนวณ และคิดแก้ปัญหาการงานหรือการดำรงชีวิตในสังคมเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเองและพัฒนาตนเองได้ (National Literacy Act, 1991)

เมื่อพิจารณาความฉลาดทางสุขภาพใน 3 ระดับ ทั้งระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือทักษะที่จำเป็นต้องมีเพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) คือความสามารถเลือกใช้แยกแยะ และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง และระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) คือ ความสามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ใน 6 ด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.41, S.D. = 1.05) รองลงมา คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) และด้านการจัดการตนเอง (self-management) (ค่าเฉลี่ย 3.31, S.D. = 1.03, 1.06) ส่วนด้านทักษะการสื่อสาร (communication skill) มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.10, S.D. = 1.10) การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนเองมีความฉลาดทางสุขภาพในทุกด้านอยู่ระดับปานกลางก็เนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในข้อมูลข่าวสารไปใช้ในชีวิตประจำวันได้แต่ยังขาดความสามารถในการประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อบุคคล สื่อมวลชน (วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์) สื่อฉะฉาง (เอกสารแผ่นพับเฉพาะโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่กล้าซักถามหรือร้องขอข้อมูลทางด้านสุขภาพ ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง เนื่องจากปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนถูกคาดหวังให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากมายที่ควรทราบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้แข็งแรง รู้วิธีป้องกันโรคร้ายต่าง ๆ แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่าง

2. จากวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ด้านการไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาลงไปในรายละเอียดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำและปานกลางมีการดูแลสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 28.0 มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ร้อยละ 15.5 ขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา 22.3 ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ Agency for Healthcare Research and Quality (2007) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล ความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำ ทำให้ไม่เข้าใจกระบวนการเกิดโรค ไม่สามารถจดจำหรือเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีความเชื่อทางสุขภาพที่ขัดต่อการดูแลรักษา ผู้ที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่จำกัด มักมีปัญหาเกี่ยวกับความผิดพลาดในการใช้ยา มีทักษะการตัดสินใจและทักษะการจัดการตนเองไม่ดี มีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง อัตราการรับบริการที่ห้องฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น (Sander et al, 2002 cited in Breach et al, 2012) ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (WHO, 2009) ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีความสลับซับซ้อน การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาช่วยในการดูแลผู้รับบริการ ประกอบกับการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพมักเป็นข้อมูลทางที่มีความซับซ้อนยากต่อการทำความเข้าใจ เช่น การอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา การยินยอมให้รักษาด้วยยาที่มีความเสี่ยงสูง การเซ็นใบยินยอมก่อนผ่าตัด ฯลฯ ซึ่งงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยในการทำความเข้าใจกับคำศัพท์ที่แพทย์และพยาบาลใช้พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยเข้าใจว่าแพทย์และพยาบาลกำลังพูดถึง

เรื่องอะไร แต่มักเข้าใจได้ไม่ทั้งหมด หรือเข้าใจไม่ถูกต้อง (McCray, 2005) โดยเฉพาะการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความวิกฤต ไม่แน่นอน หรือมีความรีบเร่ง เช่น ในภาวะที่มีความเจ็บป่วย กลัว หรือความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จะส่งผลให้การทำความเข้าใจหรือรับข้อมูลข่าวสารมีความยากลำบากมากขึ้น (อภิญา อินทรรัตน์, 2557) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้และการจดจำในสิ่งใหม่ลดลง เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทในผู้สูงอายุ พบว่า น้ำหนักของสมองจะสูงสุตราว 1400 กรัม ที่อายุ 20 ปี และคงที่จนถึงอายุประมาณ 40 – 50 ปี จากนั้นลดลงราว 2 – 3 % ต่อ 10 ปี จนกระทั่งอายุ 80 ปี น้ำหนักสมองจะลดลงราว 10 % จากในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากเซลล์ประสาทลดจำนวนลง ทำให้ขนาดของสมองที่เยวลง ช่องว่างระหว่างกลีบสมองกว้างออก สมองบางส่วนจะฝ่อตัวมากกว่าส่วนอื่น เช่นส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความคิดอ่าน สติปัญญาที่กลีบสมองส่วนหน้า หรือส่วนซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับความจำที่ temporal cortex จะมีการสูญเสียเซลล์ประสาทมากกว่าส่วนอื่น โดยเฉพาะความจำระยะสั้น ต้องใช้เวลานานขึ้นในการนึกบทวน ส่วนความสามารถในการเรียนรู้จะลดลงเมื่ออายุ 70 ปี ขึ้นไป (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

การศึกษาค้นคว้าพบว่ากลุ่มผู้ตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเอง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และด้านความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทาน ยา โดยปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรมส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถึงร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน คือ ทักษะพื้นฐานในด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและ วาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย แต่ยังมีส่วนน้อยที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในการรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูล ข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารเชิงเปรียบเทียบ เพื่อสามารถเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ European Health Literacy Consortium (2012) ที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำ ให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่สามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ (self-Management) หรือไม่สามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมได้ จากการศึกษาพบอีกว่า กลุ่มที่ความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะมี ร้อยละการไม่ออกกำลังกายต่ำด้วย เนื่องจากการออกกำลังกายสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้กลุ่มที่รอบรู้ ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. การให้ข้อมูลทางสุขภาพควรมีการใช้สื่อทางสุขภาพที่หลากหลาย เช่น รูปภาพ วีดิโอ สาธิต วิธีการปฏิบัติเป็นภาษาที่อ่านที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคและศัพท์ทางการแพทย์
2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การบริการทางสุขภาพ เช่น บอร์ดให้ความรู้ ป้ายบอกทางและสัญลักษณ์ต่างๆ รวมทั้งการประยุกต์ใช้เครื่องมือสื่อสารที่ผู้รับบริการเข้าถึงได้ง่าย เช่น โทรศัพท์ การใช้จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ข้อความสั้น ให้มาบริการตามนัด หรือให้ข้อมูลผู้ป่วยต้องปฏิบัติก่อน มาตรวจตามนัด

3.การจัดหาอาสาสมัครหรือผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูลการตรวจรักษา สิทธิการรักษา การตรวจพิเศษต่างๆการมาตรวจตามนัดในครั้งต่อไปแก่ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพทุกระดับ

4. พัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารกับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพโดยให้คำนึงถึงความแตกต่างของผู้มารับบริการสุขภาพ ทั้งทางด้านการศึกษา วัฒนธรรม และความฉลาดทางสุขภาพ

5. พัฒนาทักษะความฉลาดทางสุขภาพ เพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

6. สถานบริการสุขภาพ ควรมีการพัฒนากระบวนการสื่อสารข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ และมีการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การกำหนดตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ในเรื่องอัตรการรู้หนังสือ (Literacy rate)

2. การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้

3. กำหนดให้มีนโยบายการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

4. กำหนดให้หน่วยงานทางการศึกษาและหน่วยงานทางด้านส่งเสริมสุขภาพ จัดทำหลักสูตรการรู้เท่าทันสื่อ การวิเคราะห์และประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ แก่ประชากรทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผลความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรม

2. การวิจัยติดตามความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มประชากรที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ กลุ่มที่มีฐานะทางสุขภาพไม่ดี/มีโรคเรื้อรัง ชนกลุ่มน้อยในสังคม

3. การวิจัยและพัฒนา ตามองค์ประกอบต่างๆของความฉลาดทางสุขภาพโดยเฉพาะระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health Literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัย เรื่อง การสำรวจความต้องการการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพและภาวะการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยพะเยา (Area-Based Collaborative Research) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทั้งพื้นที่ : ABC การวิจัยรูปแบบใหม่เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ 2559

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกหน่วยงานทางการบริการสุขภาพ และโรงเรียนผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา ที่เอื้อเพื่อข้อมูลและสถานที่ในการศึกษาวิจัย

ท้ายสุดขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: นิเวศรรดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

- ฉัตรสมน พฤทธิบุญ. (2553). **หลักการวิจัยทางสังคม**. กรุงเทพฯ: เจริญติ่มมั่งคงการพิมพ์.
- เบญจมาศ สุรมิตรโมตรี. (2556). **การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**. กรุงเทพฯ: กระทรวงการต่างประเทศ.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน
- ศรีเอช. สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย. (2559). **ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุ ปี 2559**. กรุงเทพฯ: สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย.
- อภิญา อินทรรัตน์. (2557). **ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ**. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 174-178.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2007). **CAHPS health literacy item set**. Available from www.cahps.ahrq.gov/content/products/HL/PROD_HL_Intro.asp [November 15, 2014]
- Kickbusch, I.S. (2001). **Health Literacy: addressing the health and education divide**. Yale University School of Public Health. New Haven, CT, USA.
- European Health Literacy Consortium. (2012). **Comparative report on Health literacy in eight EU member states. The European Health literacy Project 2009-2012**. <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/6/1053/2467145>
- Health Canada. (2002). **What determines health**. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/deter_biblio.html [June 13, 2007]
- McCray, A.T. (2005). Promoting health literacy. **Journal of American Medical Informatics Association**. 12(2), 152-163.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and communication strategies into health 21st century. **Health Promotion International**. 15(8)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. **Social Science & Medicine**. 67: 2072-2078.
- World Health Organization (WHO). (2009). **Health Literacy and Health Promotion. Individual Empowerment conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development**. Nairobi: Kenya.