

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

Health Literacy of Older Adults with Chronic Disease in Muang District, Trang

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์¹, ญันท วอลเตอร์¹ และณัฐชานนท์ สงสุข¹
Wararat Tiparat¹, Yanat Wauters¹ and Nattchanon songsug¹
¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

¹Boromarajonani College of Nursing, Trang

Received: May 29, 2019

Revised: August 7, 2019

Accepted: August 13, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น จำนวน 327 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าเท่ากับ 0.91 และทดสอบความเที่ยงด้านความรู้ความเข้าใจ โดยใช้ KR-20 และด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้าน ทดสอบโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าเท่ากับ .75 และ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร และด้านการจัดการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}=6.44$, $SD=2.94$; $\bar{X}=8.95$, $SD=1.53$; $\bar{X}=8.20$, $SD=2.46$; $\bar{X}=6.87$, $SD=2.88$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=5.87$, $SD=2.98$; $\bar{X}=8.29$, $SD=2.10$) (2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับพื้นฐานมากที่สุด จำนวน 296 คน ร้อยละ 90.52 ระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 31 คน ร้อยละ 9.48 และไม่พบในระดับวิจารณ์ญาณ ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพและฝึกทักษะการตัดสินใจในการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านปฏิสัมพันธ์และด้านวิจารณ์ญาณให้มากขึ้น

คำสำคัญ: องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

Abstract

This descriptive research aimed to study health literacy, in each component, and levels of health literacy of older adults with chronic disease. The sample size was 327 older adults with chronic disease. Stratified random sampling was applied. The research instrument consisted demographic questionnaire, and the six components of health literacy. Content validity analysis of the questionnaire was confirmed by the experts, with a CVI of 0.91. KR-20 and Cronbach's alpha coefficient were employed to test reliability of the questionnaire, yielding values of .75 in the knowledge part and .84 in the rest parts of the questionnaire, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. The results of this study revealed as follows: (1) the health literacy components in terms of access, cognitive, communication skill, and self-management were at a moderate level ($\bar{X}=6.44$, $SD=2.94$; $\bar{X}=8.95$, $SD=1.53$; $\bar{X}=8.20$, $SD=2.46$; $M=6.87$, $SD=2.88$ respectively). While media literacy, and decision skill were at a low level ($\bar{X}=5.87$, $SD=2.98$; $\bar{X}=8.29$, $SD=2.10$, respectively) (2) the health literacy of older adults with chronic disease was mainly at a basic level (90.52%), followed by interactive level (9.48%). And there was no sample that was at a critical level. The research findings suggested that health care personnel should promote health literacy for older adults with chronic disease focusing on media literacy, and decision skills in order to increase higher health literacy levels. S (interactive and critical level).

Keywords: health literacy components, level of health literacy, older adults with Chronic disease



บทนำ

ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น โดยองค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ.2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก ประเทศไทยเป็นประเทศลำดับ 3 ในทวีปเอเชียที่โครงสร้างผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วรองจากประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ ซึ่งแสดงถึงความจำเป็นที่ต้องปรับระบบบริการรองรับผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ จากข้อมูลพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพเป็นโรคเรื้อรังและมีแนวโน้มอยู่คนเดียวมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาความสามารถ

และทักษะในการเข้าถึงความรู้เพื่อประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเองในเรื่องโรคเรื้อรังให้ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Office of the national economic and social department council, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพย่อมส่งผลทำให้ได้รับข้อมูลสุขภาพและสร้างทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติ และการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนเองร่วมกับที่มีสุขภาพส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ลดภาวะแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่เป็นการวางรากฐานการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศในระยะยาว ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ตามวิสัยทัศน์รัฐบาล

ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลและจัดการตนเองของประชาชน ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ได้วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาพบว่า ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงมีการกำหนดเป้าประสงค์เพื่อให้คนไทย ชุมชน ท้องถิ่น ภาคี เครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีการกำหนดตัวชี้วัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทยให้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 โดยเร่งมาตรการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสำคัญกับการสร้างช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ที่ประชาชนเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง สร้างกิจกรรมการเรียนรู้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Office of the National Economic and Social Department Council, 2016) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคำว่าความรอบรู้ทางสุขภาพว่าหมายถึงทักษะในการเรียนรู้และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคล เพื่อให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาพที่ดี รวมถึงผลสัมฤทธิ์ของระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความเชื่อมั่นที่จะดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน โดยการเปลี่ยนวิถีชีวิตส่วนบุคคล ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล การมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการตายก่อนวัยสูง (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011) แต่หากมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น (Nutbeam, 2008) ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนเพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม มีความจำเป็นโดยเฉพาะกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบ

กับประชากรวัยอื่น ๆ (Kobayashi et al., 2015) เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยมากกว่าวัยอื่น ส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้ทักษะด้านต่าง ๆ ลดลงไปด้วย ถ้าหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพก็จะช่วยชะลอการเสื่อมถอยนั้นได้หรือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Srithanee, 2017)

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามแนวคิดของ (Nutbeam, 2008) ซึ่งหมายถึง ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือวัดของ Nilnate, Hengpraprom and Hanvoravongchai (2016) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Health Education Division (2010) เป็น 6 ด้าน และแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน (เป็นความรู้และทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกันรวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรณ์ญาณ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ มาใช้ในการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งจากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดตรังระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า มีประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วร้อยละ 13.43, 13.84 และ 14.36 ตามลำดับ และมากที่สุดในกลุ่มภาคใต้ฝั่งอันดามัน ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 ใน 3 ของประชากรผู้สูงอายุ (Trang Province Public Health Office, 2017) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจากสถานการณ์

การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่ซับซ้อน ข้อมูลสุขภาพ จากสื่อต่าง ๆ ในยุคปัจจุบันมีความหลากหลาย การเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และทำความเข้าใจ ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาให้ประชาชนสามารถควบคุม ดูแลสุขภาพตนเอง ได้ (Samruayruen & Kitreerawutiwong, 2018) ดังนั้น การศึกษาเรื่อง ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เป็นเครื่องมือที่จะบ่งบอก สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพไปจัดประเภท บริการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตาม ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปวางแผนการพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยจำแนกตาม องค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล (2) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (3) การ สื่อสารข้อมูลสุขภาพ (4) การจัดการตนเอง (5) การรู้เท่า ทันสื่อ และ (6) การตัดสินใจ
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2008) ซึ่งกล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนด แรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำ ความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี จำแนกตาม องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education Division, 2010) ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ (1) การเข้าถึง ข้อมูล (access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) (3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) (4) การ จัดการตนเอง (self-management) (5) การรู้เท่าทันสื่อ

(media literacy) และ (6) การตัดสินใจ (decision skill) มีการจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติตัวใน ชีวิตประจำวัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานและ พุทธิปัญญาและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและ สังคมขั้นสูง สามารถประยุกต์ข้อมูลในการวิเคราะห์เชิง เปรียบเทียบ โดยเป็นแนวคิดที่พัฒนาจากการดูแลรักษาทาง คลินิกและการพัฒนาสุขภาพของประชาชนเพื่อสะท้อนให้ เห็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุม สุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัด ตรัง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ใน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค มีมาตรฐานในการดูแล ตนเอง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม กับโรค ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพ ได้ หรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมได้ (European Health Literacy Consortium, 2012) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหากมีความรู้ด้าน สุขภาพต่ำก็จะส่งผลต่อสุขภาพทำให้มีการเพิ่มอัตรา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะ การใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นได้ ใน การศึกษาครั้งนี้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบ ทั้ง 6 ด้าน คือ (1) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคและภาวะแทรกซ้อน (access) (2) ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง (cognitive) (3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (communication skill)

(4) การจัดการตนเองในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง (self-management) (5) การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ (media literacy) และ (6) การตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค (decision skill) เพื่อประเมินความรอบรู้ของผู้สูงอายุในแต่ละองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพ และจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจาร์ญาณ เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปจัดประเภทบริการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง
2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรังอยู่ในระดับพื้นฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (กลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรังกลุ่ม NCD) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 2,200 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ (1) สามารถเข้าใจ

และสื่อสารด้วยภาษาไทย โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตามแบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Mental State Examination--MMSE-Thai 2002) มีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน (2) คัดกรองแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานดัชนีบาร์เทิลฉบับภาษาไทย (ADL) ได้คะแนนมากกว่า 12 ขึ้นไป และ (3) ยินดีให้ความร่วมมือ กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่อยู่บ้านในขณะเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดตรัง คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางการประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) กำหนดขนาดความเชื่อมั่นที่ 95 % ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 327 คน

การสุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) คือ ใช้วิธีการสุ่มแต่ละตำบลในเขตอำเภอเมืองโดยใช้เกณฑ์หน่วยบริการสุขภาพคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในเขตอำเภอเมือง จำนวนทั้งหมด 14 แห่ง สุ่มตามขนาดใหญ่:กลาง:เล็กตามสัดส่วนได้ 1:2:1 หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง และหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้อัตราส่วนตามจำนวนประชากรคิดเทียบสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งผู้วิจัยอ่านข้อความแต่ละข้อตามลำดับและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว อาชีพในปัจจุบัน รายได้ และโรคเรื้อรัง ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดของ Nilnate, Hengpraprom and Hanvoravongchai (2016) จำแนกตามองค์ประกอบของ Health Education Division (2010) จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านการสื่อสาร ข้อคำถามด้านละ 5-6 ข้อ รวม 21 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน คือไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติ ทุกครั้ง ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามมี 3 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสถานการณ์สั้น ๆ มีตัวเลือก 4 ตัวเลือก โดยให้คะแนนตามการให้เหตุผลในคำถามแต่ละข้อ คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน คือ ความรู้ความเข้าใจ การวิเคราะห์ การเปรียบเทียบ และแสดงทางเลือก คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน

การแปลผลคะแนน

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ระดับการเรียนรู้ คือ ค่าเฉลี่ย < 60 % ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 60% - < 80% ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็มอยู่ในระดับสูง

2. การจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามแบบวัดของ Nilnate, Hengpraprom and Hanvoravongchai (2016) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาโดยใช้เทคนิคเดลฟายในการวัดความฉลาดทางสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ โดยข้อคำถามทุกด้านแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

-ระดับพื้นฐาน หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนในข้อคำถามระดับพื้นฐานร้อยละ 50 ขึ้นไป

-ระดับปฏิสัมพันธ์ หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามระดับพื้นฐาน และได้คะแนนในข้อคำถามระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 50 ขึ้นไป

-ระดับวิจารณ์ญาณ หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ และได้คะแนนในข้อคำถามระดับวิจารณ์ญาณร้อยละ 50 ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดของ Nilnate, Hengpraprom and Hanvoravongchai (2016) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index--CVI) เท่ากับ 0.91

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 30 คน ตำบลนาบินหลา อำเภอเมือง จังหวัดตรัง แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ความเข้าใจ โดยใช้ KR20 เท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้าน ทดสอบโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ .84

การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยโครงร่างวิจัยและเครื่องมือวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง ตามหมายเลข 8/2560 ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรังเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยถึงสาธารณสุข

อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 ท่าน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ (1) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ (2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ไม่น้อยกว่า 1 ปี (3) สามารถอ่านออกเขียนได้ ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงขั้นตอนต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด ผู้วิจัยสาธิตขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัยและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตการเก็บข้อมูลให้ผู้วิจัยดูก่อนไปเก็บในพื้นที่จริง โดยผู้ช่วยวิจัยจะลงพื้นที่ไว้ก่อนคือไม่ได้ลงในพื้นที่ ที่ตนเองรับผิดชอบเพื่อป้องกันการอคติของข้อมูลและการมีส่วนร่วมได้ส่วนเสียในการตอบคำถามจากกลุ่มตัวอย่าง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการ เมื่อได้รับอนุญาตจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล โดยการอ่านข้อความแต่ละข้อในแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามแบบสอบถามที่เตรียมไว้ทีละข้อและบันทึกคำตอบโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที

4. ตรวจสอบคำถามให้สมบูรณ์ ถ้าพบข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เพิ่มเติม จนครบทุกข้อแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมได้มีจำนวน 327 คน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 72.24 ปี (SD=8.03) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.64 และมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 61.77 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.07 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 58.72 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.68 รายได้อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.99 และมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ร้อยละ 64.25

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามองค์ประกอบ

2.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่า หัวข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได ร้อยละ 97.55 รองลงมา คือ เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมากที่สุด เพราะย่อยง่ายและมีคุณค่าทางอาหารสูง ร้อยละ 96.64 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายชื่อ (n=327)

ด้านความรู้ความเข้าใจ	ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง จำนวน(ร้อยละ)
1. เนื้อสัตว์ประเภทปลา เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมากที่สุด เพราะย่อยง่าย	316 (96.64)	11 (3.36)
2. ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง	141 (43.12)	186 (56.88)
3. ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทุกคน ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	308 (94.19)	19 (5.81)
4. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน หากทำต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง ถือเป็น การออกกำลังกายหนึ่ง	98 (29.97)	229 (70.03)
5. ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้านเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการลื่นล้มจากการขึ้นลงบันได	319 (97.55)	8 (2.45)
6. ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีอาการเวียนศีรษะ ควรลุกเดินทันที เพื่อให้ อากาศทันท่วงที	291 (88.99)	36 (11.01)
7. ผู้สูงอายุที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดโรคหลอดเลือดสมอง	287 (87.77)	40 (12.23)
8. ผู้สูงอายุที่เครียด วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า จะส่งผลให้นอนหลับง่าย	246 (75.23)	81 (24.77)
9. ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม	65 (19.88)	262 (80.12)
10. การกินผัก ผลไม้ และการดื่มน้ำมาก ๆ ช่วยลดอาการท้องผูกและ ทำให้ร่างกายสดชื่น	308 (94.19)	19 (5.81)
11. การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 8 แก้ว จะทำให้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม	272 (83.18)	55 (16.82)
12. ยาแก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ควรกินตอนท้องว่าง	276 (84.40)	51 (15.60)

2.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า หัวข้อเกี่ยวกับการนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้ และนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีระดับการปฏิบัติทุกครั้งที่มากที่สุด ร้อยละ 46.48 รองลงมาคือหัวข้อ เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้ จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ร้อยละ 41.28 ดังแสดงในตาราง 2

2.3 ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ พบว่าหัวข้อที่มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด คือ ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี ร้อยละ 70.64 รองลงมาคือ ท่านอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ แล้วเข้าใจดี ร้อยละ 60.86 องค์ประกอบ ดังแสดงในตาราง 2

2.4 ด้านการจัดการตนเอง พบว่า หัวข้อที่มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด คือ ท่านได้กำหนดเป้าหมายเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 46.79 รองลงมา คือ ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 46.48 ดังแสดงในตาราง 2

2.5 ด้านการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า หัวข้อที่ระดับการปฏิบัติมากที่สุด คือ ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพตัวอย่าง เช่น อาหารเสริมที่สื่อนำเสนอ ร้อยละ 70.64 รองลงมาคือ หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านแนะนำข้อมูลทางสุขภาพแก่คนรอบข้างจากสื่อที่มีความถูกต้อง ร้อยละ 25.08 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของระดับความสามารถตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=327)

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความสามารถ		
	ทำได้ทุกครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ทำได้บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ทำไม่ได้เลย จำนวน(ร้อยละ)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ			
1. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ทันที	123 (37.61)	144 (44.04)	60 (18.35)
2. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง	127 (38.84)	143 (43.73)	57 (17.43)
3. เมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาหรือสอบถามจากผู้รู้จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง	135 (41.28)	166 (50.76)	26 (7.95)
4. ท่านนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบกับผู้รู้ หรือตำราจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ	128 (39.14)	167 (51.07)	32 (9.79)
5. ท่านนำข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ได้และนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	152 (46.48)	156 (47.71)	19 (5.81)
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ			
1. ท่านอ่านเอกสารการแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพของท่าน แล้วเข้าใจดี	199 (60.86)	108 (33.02)	20 (6.12)
2. ท่านฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพแล้วเข้าใจดี	231 (70.64)	88 (26.91)	8 (2.45)
3. ท่านต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อทำความเข้าใจสื่อสุขภาพ	98 (29.97)	141 (43.12)	88 (26.91)
4. ท่านได้บอกต่อ/แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	145 (44.34)	147 (44.95)	35 (10.70)
5. ท่านสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง	137 (41.90)	145 (44.34)	45 (13.76)
6. ท่านได้ชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม/เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น	142 (43.43)	146(44.65)	39 (11.93)

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความสามารถ		
	ทำได้ทุกครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ทำได้บางครั้ง จำนวน(ร้อยละ)	ทำไม่ได้เลย จำนวน(ร้อยละ)
ด้านการจัดการตนเอง			
1. ท่านได้กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	153 (46.79)	152 (46.48)	22 (6.73)
2. ท่านได้วางแผนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองภายในระยะเวลา 1-3 เดือน เช่น การออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	152 (46.48)	147 (44.95)	28 (8.56)
3. ท่านสามารถทำตามแผนการดูแลสุขภาพที่วางไว้	145 (44.34)	159 (48.63)	23 (7.03)
4. ท่านได้ทบทวนการดูแลสุขภาพที่ทำไปว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้	145 (44.35)	152 (46.48)	30 (9.17)
5. หลังจากทบทวนท่านได้ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น	147 (44.95)	149 (45.59)	31 (9.48)
ด้านกรรู่เท่าทันสื่อ			
1. ท่านเชื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริมที่สื่อโฆษณา	231 (70.64)	85 (25.99)	11 (3.37)
2. ท่านนำข้อมูลที่สื่อโฆษณาเกี่ยวกับสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้หรือตำรา	61 (18.65)	205 (62.69)	61 (18.66)
3. ท่านเปรียบเทียบเนื้อหา/ข้อมูลที่สื่อโฆษณาเกี่ยวกับสุขภาพในเรื่องเดียวกันจากหลาย ๆ สื่อ	65 (19.88)	207 (63.30)	55 (16.82)
4. หากท่านคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านนำข้อมูลจากสื่อที่คิดว่าถูกต้องมาปฏิบัติต่อตนเอง	81 (24.77)	227 (69.42)	19 (5.81)
5. หากคิดว่าข้อมูลจากสื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นถูกต้อง ท่านแนะนำข้อมูลทางสุขภาพแก่คนรอบข้างจากสื่อที่มีความถูกต้อง	82 (25.08)	207 (63.30)	38 (11.62)

2.6 องค์ประกอบความรู้ ด้านสุขภาพ
ด้านการตัดสินใจ หัวข้อที่มีการเสนอทางเลือกมากที่สุด

คือ หัวข้อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 17.12 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง (n=327)

ด้านการตัดสินใจ	แสดงทางเลือก	การเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์	ความรู้ความเข้าใจ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. ถ้าท่านเป็นบุพหุทาน ท่านจะเลือกกินอาหารใดต่อไปนี้ เพราะอะไร	12 (3.67)	164 (50.15)	118 (36.09)	33 (10.09)
2. ถ้าท่านเป็นความดันโลหิตสูง ท่านจะเลือกกินอาหารใดต่อไปนี้ เพราะอะไร	15 (4.59)	246 (75.23)	57 (17.43)	9 (2.75)
3. ถ้าท่านปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านจะทำอะไร เพราะอะไร	32 (9.79)	182 (55.66)	30 (9.17)	83 (25.38)
4. ถ้าท่านเวียนศีรษะเป็นประจำ ท่านจะเลือกออกกำลังกายด้วยวิธีใดต่อไปนี้ เพราะเหตุใด	6 (1.83)	235 (71.87)	68 (20.80)	18 (5.50)
5. หากท่านจะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ท่านจะตัดสินใจโดยพิจารณาจากข้อใด	56 (17.12)	161 (49.24)	93 (28.44)	17 (5.20)

3. ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร และด้านการจัดการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =6.44, SD=2.94; \bar{X} =8.95, SD=1.53; \bar{X} =8.20, SD=2.46 และ \bar{X} =6.87, SD=2.88 ตามลำดับ) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} =5.87, SD=2.98 และ \bar{X} =8.29, SD=2.10) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง (n=327)

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	Mean	SD	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0-10	0-10	6.44	2.94	ปานกลาง
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0-12	3-12	8.95	1.53	ปานกลาง
ด้านการสื่อสาร	0-12	1-12	8.20	2.46	ปานกลาง
ด้านการจัดการ	0-10	0-10	6.87	2.88	ปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0-10	0-10	5.87	2.98	ต่ำ
ด้านการตัดสินใจ	1-20	1-14	8.29	2.10	ต่ำ

4. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน จำนวน 296 คน

ร้อยละ 90.52 ระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 31 คน ร้อยละ 9.48 และไม่พบในระดับวิจารณ์ญาณ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง (n=327)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เพศ		อายุ (ปี)			ระดับการศึกษา			จำนวนรวม (ร้อยละ)
	ชาย	หญิง	60-69	70-79	80 ปีขึ้นไป	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี	
ระดับพื้นฐาน	88 (29.73)	208 (70.27)	130 (43.92)	101 (34.12)	65 (21.96)	273 (92.23)	23 (7.77)	0	296 (90.52)
ระดับปฏิสัมพันธ์	5 (16.13)	26 (83.87)	10 (32.26)	21 (67.74)	0	26 (83.87)	3 (9.68)	2 (6.45)	31 (9.48)
ระดับวิจารณ์ญาณ	0	0	0	0	0	0	0	0	0

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในแต่ละองค์ประกอบพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร และด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=6.44$, $SD=2.94$; $\bar{X}=8.95$, $SD=1.53$; $\bar{X}=8.20$, $SD=2.46$ และ $\bar{X}=6.87$, $SD=2.88$ ตามลำดับ) จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีอายุเฉลี่ย 72.24 ปีถือได้ว่าเป็นผู้สูงอายุระยะกลาง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดของความเสื่อมถอยของระบบร่างกายเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่าง ๆ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการค้นหาข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง หรือเมื่อต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ไม่สามารถสืบค้นได้ทันที จากการวิจัยพบว่าการปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด ร้อยละ 37.61 แต่จะมีการสอบถามจากผู้รู้ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 51.07 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suksri and Settheetham (2017) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากความสามารถในการอ่าน และทำความเข้าใจกับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงตามวัย (Kobayashi,

Smith, O'Conor, Curtis, Park & Von Wagner, 2015) รวมทั้งประสิทธิภาพในการได้ยิน และการใช้สายตาดีกว่าปกติ หลงลืมง่าย เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ยาก (Kaedumkoeng & Thummakul, 2015) จึงส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และถึงแม้ว่ากลุ่มวัยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะมีการรวมตัวพบปะกันเมื่อมารับบริการที่สถานบริการตามนัดเป็นประจำทุก 1-3 เดือน แต่การชักชวนให้ผู้อื่นทำตาม หรือยอมรับข้อมูลการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการบอกต่อ แนะนำบุคคลอื่นเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นยังมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่มีทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการฟังการแนะนำด้านสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 70.64 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaedumkoeng and Thummakul (2015) พบว่าผู้สูงอายุมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่ชอบซักถาม ไม่ค่อยช่างสังเกต สรุประเด็นไม่ได้หรือเล่าลำดับความไม่ถูก เป็นต้น รวมทั้งไม่กล้าร้องขอข้อมูลทางด้านสุขภาพเพิ่มเติม ทำให้ทักษะด้านการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่การทำตามแผนที่วางไว้มีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ เช่น การวางแผนในการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน ต่อ

สัปดาห์ มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งร้อยละ 46.49 จึงส่งผลให้การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suksri and Settheetham (2017) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนองค์ประกอบด้านรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=5.87$, $SD=2.98$ และ $\bar{X}=8.29$, $SD=2.10$) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางที่เสื่อมถอยลงตามวัย เป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในด้านศักยภาพการเรียนรู้ เช่น ระดับความสามารถในการอ่าน ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาต่ำกว่าปกติ หลงลืมง่าย เป็นต้น การใช้ทักษะในการคิด ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ วิพากษ์เนื้อหาสาระหรือสิ่งที่สื่อนำเสนอ และสามารถตีความเนื้อหาที่แฝงในสื่อ ประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้น้อย จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการนำเนื้อหาหรือข้อมูลด้านสุขภาพมาตรวจสอบกับผู้รู้ และมีการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลาย ๆ สื่อ มีการปฏิบัติเป็นประจำในระดับน้อย แต่จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับความเชื่อจากโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหารเสริมมากที่สุด ร้อยละ 70.64 ทำให้มีแนวโน้มที่จะถูกชักจูงได้ง่ายจากโฆษณาชวนเชื่อของสื่อต่าง ๆ อยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของกลยุทธ์การโฆษณาชวนเชื่อของธุรกิจสินค้าต่าง ๆ อยู่เสมอ และมีแนวโน้มจะถูกชักจูงได้ง่าย (Kaeodumkoeng & Thummakul, 2015) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ketsuwan (2018) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุจะยอมรับสารได้ง่ายเมื่อมีการยอมรับและศรัทธาในผู้ส่งสาร แต่มีข้อจำกัดในทักษะการรู้เท่าทันสื่อทุกด้าน ได้แก่ การเข้าถึงเนื้อหาสาระ การสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วม การวิเคราะห์ และการประเมินเนื้อหาสาระ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khongjaroen and Nakaphong (2018) พบว่าด้าน การรู้เท่าทันสื่อของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด รวมทั้งทักษะด้านการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ ในการเลือกอย่างมีเหตุผลจากทางเลือกที่มีอยู่ ก็จะส่งผลให้ขาดการตัดสินใจในการเชื่อมโยงกับข้อมูลต่าง ๆ จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลที่ใกล้ชิดได้ง่าย ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่น

กรองส่งผลให้มีการตัดสินใจผิดพลาดได้

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอำเภอเมือง จังหวัดตรังพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 90.52 ระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 9.48 และไม่พบในระดับวิจารณ์ญาณ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าจากข้อมูลในแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่ทั้งการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ การรู้วิธีการในการค้นหา มีการรู้และการจำประเด็นสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพดี มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูล หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ส่งผลไม่ดีต่อสุขภาพได้ แต่ยังคงขาดความสามารถในระดับปฏิสัมพันธ์คือ การค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย และไม่สามารถอธิบายหรือสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ไม่สามารถเปรียบเทียบข้อมูลหรือจัดการตนเองตามแผนที่กำหนดไว้ได้ รวมทั้งยังขาดทักษะในระดับวิจารณ์ญาณในการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ การวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างมีเหตุผล ไม่สามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับ หรือแสดงทางเลือกที่ผ่านการคิดวิเคราะห์ รวมทั้งไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nilnate, Hengpraprom and Hanvoravongchai (2016) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มียุคเนนอยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 99.5 และมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 0.5 และการศึกษาของ Khongjaroen and Nakaphong (2018) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยามีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน ส่วนน้อยที่มีความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.07 สอดคล้องกับการศึกษาของ Nilnate, Hengpraprom and Hanvoravongchai (2016) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จะมีความฉลาดทางด้านสุขภาพต่ำด้วย และการศึกษาของ Srithanee (2017) พบว่า ผู้มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำคือ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.3 ทำให้มีความฉลาดทางด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากการรู้หนังสือน้อยหรือมีระดับการรู้หนังสือต่ำ จะส่งผลโดยตรงและทางอ้อมต่อสภาวะสุขภาพ เนื่องมาจากการอ่านออกเขียน

ได้ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ดีขึ้น มีความสามารถที่จะ ค้นหาหรือแสวงหาข้อมูล ทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูล ด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรคได้ มากขึ้น (Khongjaroen & Nakaphong, 2018) และ การศึกษาของ Bostock and Steptoe (2012) พบว่า ผู้สูงอายุ มีความยากลำบากในการอ่านและเข้าใจข้อมูลพื้นฐานทาง ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มีระดับ ต่ำไปด้วย รวมทั้งการศึกษาของ Sonsuk and Khamwong (2018) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยที่ค่อนข้าง มาก ซึ่งมักมีความยากลำบากในการฟัง ดู ฟุด อ่าน เขียน คำนวน และการจัดการสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในขั้นพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สามารถจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ หรือ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมได้ (European Health Literacy Consortium, 2012) และ ส่งผลต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษา ของ Khongjaroen and Nakaphong (2018) พบว่า กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่ำด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า การรู้เท่าทันสื่อและการ ตัดสินใจด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพ ควรมีการเพิ่ม ช่องทางและฝึกฝนทักษะการรู้เท่าทันสื่อและทักษะด้าน การตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ วิธีการ ตรวจสอบเนื้อหา ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่ไม่ถูกต้อง จากแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือได้

2. จากการศึกษาพบว่าระดับความรอบรู้ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพื้นฐาน ดังนั้นควรจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังได้เพิ่มทักษะด้านการซักถาม ใ้ถามข้อมูลด้าน สุขภาพของตนเอง เพื่อเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านปฏิสัมพันธ์ และเพิ่มทักษะการตัดสินใจโดยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเลือก แนวปฏิบัติด้านสุขภาพและอธิบายเหตุผลเชื่อมโยงกับข้อมูล ที่ตนเองเลือกได้ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ต่อไป เป็นการเพิ่มระดับความรอบรู้ในด้านวิจารณ์ญาณ



References

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann International Medical*, 155(2), 97-107.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 334, e1602. Doi: 10.1136/bmj.e1602.
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU (second revised and extended version)*. Retired from [HTTP://WWW.HEALTH-LITERACY.EU](http://www.health-literacy.eu).

- Health Education Division, Department of Health Service Support. (2010). *The project of study and development of knowledge on health literacy in order to create wisdom and health for people, fiscal year 2010-2011*. Bangkok: Department of Health Service Support (in Thai)
- Kaeodumkoeng, K., & Thummakul, D. (2015). Health literacy promoting in aging population. *Journal of health science research, 9*(2), 1-8. (in Thai)
- Khongjaroen, P. K. & Nakaphong, N. (2018). The surveys on strengthening intelligence needs and self-help of the elderlies in Phayao Province. *VRU research and development Journal Humanities and Social Science, 13*(3), 31-40. (in Thai).
- Ketsuwan, N. (2018). The increasing of communication proficiency to promote the media literacy in the elderly, Chiang Kum District, Phayao Province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 11*(1), 523-539. (in Thai)
- Kobayashi, L. C., Smith, S. G., O’Conor, R., Curtis, L. M., Park, D., & von Wagner, C. (2015). The role of cognitive function in relationship between age and health literacy: A cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Open, 5*(4)e007222.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Journal of Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal Health Research, 30*(5), 315-321.
- Nutbeam, D. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research, 23*(5).
- Office of the National Economic and Social Department Council, Office of the Prime Minister. (2016). *The twelfth national economic and social development plan (2017-2021)*. Retrieved from https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422. (in Thai)
- Samruayruen, K., & Kitreerawutiwong, N. (2018). Understanding on assessing health literacy. *EAU Heritage Journal Science and Technology, 12*(3), 1-13. (in Thai)
- Sonsuk, J., & Khamwong, P. (2018). The influence of perceived severity, health literacy, and family support on self-care behavior to prevent knee osteoarthritis in elderly. *Lanna Public Health Journal, 14*(2), 35-45. (in Thai)
- Srithanee, K. (2017). Relationship between health literacy and quality of the elderly’s life at the central part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research, 11*(1), 26-36. (in Thai)

Suksri, S., & Settheetham, D. (2017). Health literacy and self care related to quality of life of life of elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen Province. *KKU Research Journal (Graduate study)*, 17(4), 73-84. (in Thai)

Trang province public health Office. (2017). *Data warehouse of non communicable disease*.

Retrieved from <http://www.tro.moph.go.th/index2.php>. (in Thai)

