

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

กรเกล้า รัตนชาญกร*, ปาณิทร ฐา ณาพันธ์วิภากุล*, เก้ากร รัตนชาญกร**

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยมีระดับของความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่มีระดับของความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ การสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ รวมถึงทักษะการตัดสินใจที่ดี ซึ่งทักษะการตัดสินใจที่ดีเกิดขึ้นจากความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ ประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาในอดีตที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง จนทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566 หน้า 85-97

* อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตะโกสูง อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม

Corresponding author, E-mail: kornklaop@christian.ac.th Tel. 082-6145469

วันที่รับบทความ: 18 เมษายน 2566, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 10 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับบทความ: 15 มิถุนายน 2566



Development of Health Literacy among the Older Adults for Good Quality of Life

Kornkiao Rattanachankorn*, Palinrada Thanapatthiwakul*, Klaokorn Rattanachankorn**

Abstract

Health literacy is a key outcomes factor of the elders' health behaviors; therefore, development of health literacy is necessary. In the current situation, the elderly in Thailand still has an insufficient level of health literacy. because of personal factors, cultural factors, and environmental factors. It affects health care behaviors, causing a decrease in quality of life of the elderly. It also raises the risk of developing the disease and complications that lead to emergency treatment, frequent hospitalization, and higher mortality rates. Having a high level of health literacy among older people will result in good health behaviors. Therefore, the elderly need to have cognitive skills, communication skills, access to health information and health services, information literacy, as well as good decision-making skills based on health information that the elderly receive. Experiences from the past have helped older people to choose healthy behaviors and avoid risk behavior which led to good health and quality of life.

Keywords: Health literacy, Older adults, Quality of life

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(1), 85-97

* Instructor, Bachelor of Nursing Science Program. College of Nursing, Christian University of Thailand

** Public Health Technical Officer, Professional Level. Director of Bantagoosong Sub District Health Promoting Hospital, Dontum District, Nakhon Pathom Province

Corresponding author, E-mail: kornklaop@christian.ac.th Tel. 082-6145469

Received: 18 April 2023, Revised: 10 June 2023, Accepted: 15 June 2023



บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่ประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากปัจจุบันที่มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 600 กว่าล้านคน คาดการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 และ 2 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2020 และ 2050 ตามลำดับ จากผลสำรวจประเทศญี่ปุ่นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประเทศสิงคโปร์และจีน (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวได้ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไป ทำให้จำนวนของวัยแรงงานลดลง พบผู้สูงอายุทำงานเพิ่มขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) และสถิติจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2564 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 10,498,337 คน 10,952,703 คน 11,437,695 คน 11,677,914 คน และ 12,126,016 คน ตามลำดับ (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี จนในปี พ.ศ. 2565 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 66,090,475 คน พบผู้สูงอายุจำนวน 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งประเทศ โดยแบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 7,076,288 คน คิดเป็นร้อยละ 55.73 เพศชาย 5,622,074 คน คิดเป็นร้อยละ 44.27 และเมื่อจำแนกตามช่วงอายุของผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 56.07 อายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 29.48 และอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 14.45 (กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการรับรู้และความพึงพอใจในการ

ดำรงชีวิตที่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการเสื่อมถอยด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคลในช่วงวัยดังกล่าว และมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพรวมทั้งคุณภาพชีวิตในระยะยาว (World Health Organization, 2006)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล ในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (World Health Organization, 1998) นอกจากนี้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) แผนแม่บทที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี เป้าหมายเพื่อให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น และมีความเป็นอยู่ดี โดยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นตัวชี้วัด และมีแผนเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาโดยการสร้างเสริมความรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาวะของคนทุกกลุ่มวัย รวมถึงผู้สูงอายุ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี พัฒนาภาคีเครือข่ายประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและกลไกการสื่อสารประชาสัมพันธ์แบบบูรณาการทุกระดับ และกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ เนื่องจากประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย ในขณะที่ข่าวสารด้านสุขภาพมีจำนวนมาก ขาดระบบการคัดกรองและการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ในเชิงนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งมีข้อเสนอแนะการปฏิรูปด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ
2. ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย
3. จัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ
4. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ควรร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate school) โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate hospital) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate communication)

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคไขหวัดใหญ่ การคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อุปกรณ์ข่าวสาร และการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค (Dewalt et. al., 2004) ทั้งนี้อาจเกิดจาก

การขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและการดูแลสุขภาพของตนเอง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคที่มีราคาแพง โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระในด้านการรักษาพยาบาล จนทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และไม่อาจจะสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการอย่างสมบูรณ์ได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ คุณลักษณะของบุคคล เช่น ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม การมีอายุมากขึ้น จากผลการศึกษาของมังกานีเอลโล (Manganello, 2008) พบว่า ปัจจัยระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมจะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าถึงสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือ และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุศึกษา หรือกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนัทบีม (Nutbeam, 2009) ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญว่าควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุศึกษา และกิจกรรมการสื่อสาร ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานสุศึกษา ทำให้เกิดการพัฒนาคำตอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ในระดับบุคคลความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และมีรายงานวิจัย บุคคลที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่และมีการใช้บริการสุขภาพที่ต่ำ (Berkman et al., 2011) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยและมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนัก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพสูง (Kutner et al., 2007)

คุณลักษณะของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะเศรษฐกิจ การมีอายุมากขึ้น จากการศึกษาของมังกานีเอลโล (Manganello, 2008) พบว่า ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ และสื่อสาธารณะ ทั้งนี้กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) เน้นว่าบุคคลจะสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้สื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพอันเป็นทักษะ กระบวนการทางสังคมและปัญญา เพื่อนำไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา บุญขยาย (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษา

เขตสุขภาพที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.63 อายุระหว่าง 45-59 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.88 คะแนนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.15 ด้านความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.18 ด้านการชักถามอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54.78 ด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.28 ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.24 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.30 ด้านสภาวะสุขภาพพบว่ามีปัญหาด้านสายตาร้อยละ 40.77 ปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 5.66 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษาด้านความเพียงพอของรายได้ และการรับรู้หนังสือโดยการอ่าน การเขียนที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบให้กับบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งจัดปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสนับสนุนให้มีสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านอายุ และปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ในต่างประเทศ ผลการศึกษาของกัซมาเรียนและคณะ (Gazmararian et al., 1999) ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการสวัสดิการสังคม ซึ่งมีการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาสเปน โดยใช้แบบวัด The shorten test of functional health

literacy in adult (S-TOFHLA) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ แตกต่างตามตัวแปรสำคัญ ได้แก่ เชื้อชาติ ภาษาหลักที่ใช้ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ได้แก่ คนผิวดำ สูงอายุ หรือมีอายุมากกว่า 85 ปี และมีระดับการศึกษาต่ำ ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือการศึกษาราคัดตขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงเหตุได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของซูโดเร และคณะ (Sudore et al., 2006) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและความแตกต่างในสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพในรัฐเพนซิลเวเนีย โดยใช้แบบประเมินการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ แบบประเมิน Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) ในการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,512 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 75.6 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 52 มีผิวดำร้อยละ 38 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำร้อยละ 24 โดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ เพศชาย ผิวดำ รายได้ต่ำ ระดับการศึกษา โรคเบาหวาน อาการซึมเศร้า และภาวะสุขภาพที่ประเมินตนเองว่าอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง และเมื่อพิจารณาตัวแปรเกี่ยวกับ สถานะทางสุขภาพ และโรคที่เกิดขึ้นแล้ว พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา หรือต่ำกว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่ำกว่า ประมาณ 2 เท่า ข้อจำกัดของวิจัยนี้คือการศึกษาราคัดตขวาง ทำให้ไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ และการตอบแบบวัดด้วยตนเองทำให้เกิดอคติจากความทรงจำได้ และการศึกษาของเชน และคณะ (Chen et al., 2013) ที่ศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการ

ใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรคของผู้สูงอายุได้หวั่น โดยสร้างแบบวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการ ใช้ความรู้และการใช้กระบวนการคิด ส่วนการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคใช้แบบจำลอง SEM (Structural equation modeling) ผลการศึกษาพบว่าแบบจำลอง SEM มีความสอดคล้อง ซึ่งบ่งชี้ว่าการสร้างแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเหมาะสม และสอดคล้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแสดงให้เห็นผลทางบวกที่อยู่ในระดับปานกลางต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลทางบวกที่อยู่ในระดับเล็กน้อยต่อการ ใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในประเทศไทย การศึกษาของนริศรา แก้วบรรจกร ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ (2563) ได้ทำการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดี ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองพบว่า อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 80 ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการแสวงหาความรู้และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคประจำตัว โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคประจำตัวในระดับ ถูกต้องถึงถูกต้องที่สุด มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า



ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงในระดับไม่ถูกต้องหรือถูกต้องบ้าง ซึ่ง จะเห็นได้จากการศึกษาข้างต้นว่า บุคคลที่มีระดับ ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพหรือเกี่ยวกับโรค ทำให้ ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม สามารถดูแล ตัวเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของศิริพันธ์ สุขศรี และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม (2560) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต เทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ซึ่งใกล้เคียง กับจำนวนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีเพียงร้อยละ 0.53 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับสูงมากที่สุดคือ ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ในการปฏิบัติที่ถูกต้อง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการ ตัดสินใจด้านสุขภาพ ความสามารถในการควบคุม อาหาร และความสามารถในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง และการไม่มีโรคประจำตัว การไม่มีหนี้สิน ผู้สูงอายุที่ เป็นข้าราชการบำนาญ และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ดังนั้นการพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุเกี่ยวกับ การจัดการสุขภาพและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และ เหมาะสมจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และมี คุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ผลการศึกษา ของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) พบว่า ความถี่ของการ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผล ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร 1-4

ครั้งต่อเดือน มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากกว่า 4 ครั้ง ต่อเดือน เนื่องจากมีกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ (กิจปพน ศรีธานี, 2560) ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ดังที่กล่าวมา การเสริมสร้าง ความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องลดข้อจำกัดหรือ อุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนาให้เกิดขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่านและการ เขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความ เข้าใจข้อมูลสุขภาพ เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางด้าน สาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลของวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการตัดสินใจ และทักษะการเลือกปฏิบัติ ซึ่งทักษะด้านนี้เป็นผลมา จากประสบการณ์เดิมและทักษะที่สั่งสมมา ผู้สูงอายุจึง คิด ตัดสินใจ และเลือกในสิ่งที่ตรงกับความต้องการ ของตนได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุจึงควรเป็นการพัฒนารายบุคคล จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและจำแนกบุคคลออกเป็น กลุ่ม และจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล สำหรับผู้สูงอายุมี ปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ หลายปัจจัย เช่น การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ และพื้นฐานความรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นทักษะที่ สามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่างๆ โดยการศึกษา ข้อมูล นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพัฒนาตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความสามารถ ซึ่งความรู้และสมรรถนะ

นี้จะทำให้เกิดการปฏิบัติที่ทำให้บุคคลเกิดทักษะในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น และมีความรู้ที่ถูกต้องจากการศึกษาค้นคว้าและมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนเมื่อผนวกกับปัจจัยด้านประสบการณ์ที่ได้รับการฝึกฝน ทำให้ให้เกิดผลต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อเจอกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ เช่น การชักชวนดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ในการเข้าสังคม จะทำให้มีวิธีการสื่อสารและปฏิบัติ เพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์สินธุชัย และคณะ (2565) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยขั้นตอนของรูปแบบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง 2) เข้าใจเข้าใจโรคของเรา 3) สื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ 4) กำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเอง และ 5) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดการตนเองหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลของการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการตนเอง และควบคุมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงได้ ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลทางตรงต่อวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้สุขภาพที่ดี หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม

นอกจากนี้ในสังคมปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากในทุกแห่ง โดยเฉพาะในสังคมออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัยได้ตลอดเวลาเพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งวัชรพร เขยสุวรรณ (2560) ได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุ แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและแนวทางการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรู้ด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันพยาบาลสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้โดยมีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การสร้าง

สัมพันธภาพและสื่อสารในทางที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ซึ่งการสื่อสารที่ดียังสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล (2558) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ ซึ่งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญา อันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทสัมผัสต่างๆ ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องมีการตัดสินใจและการจัดการเรื่องภาวะโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่มีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้นและมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำข้อมูลสุขภาพหรือใบสั่งยาของแพทย์ ซึ่งมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง

แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ครอบคลุมภาคีเครือข่ายประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น จนถึงระดับครอบครัวและบุคคล ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ รวมถึงการพัฒนาาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และกลไกการสื่อสารประชาสัมพันธ์แบบบูรณาการทุกระดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ดังนั้นแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุควรมีดังนี้

1. รมรณรงค์สร้างกระแสให้เกิดความตระหนักต่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านสื่อช่องทางต่างๆ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง

2. พัฒนาผู้ให้บริการมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อจะได้นำไปสู่การจัดระบบบริการที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง มีหน้าที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ สื่อสาร ตัดสินใจและใช้ข้อมูลสุขภาพในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับควรร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเทศบาล แหล่งประโยชน์ในชุมชนต่างๆ เช่น วัด โรงเรียน มูลนิธิต่างๆ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ และใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกัน เพื่อวางแผนในการดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

4. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้สูงอายุ การสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การสื่อสารแบบเผชิญหน้า (Face to face contact) เป็นการสื่อสารแบบสองทาง โดยใช้คำพูดสั้นๆ กระชับ ถูกต้อง สื่อสารตรงประเด็น สำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น บกพร่องการได้ยิน การมองเห็น หรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับการพูด ระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การคิด การตอบสนอง ความจำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีทัศนคติที่ดีกับผู้สูงอายุ และต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการสื่อสาร เช่น เปิดไฟหรืออยู่ในสถานที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ สถานที่เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน มีสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ หรืออาจใช้ท่าทางประกอบการสื่อสาร รวมไปถึงการใช้ภาษาท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจเนื้อหาที่ต้องการสื่อสาร

5. จัดทำสื่อที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งสื่อที่ดีนั้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และสื่อที่ใช้กับผู้สูงอายุควรเป็นสื่อที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย กระชับ มีภาพ เสียง หรือวิดีโอประกอบ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น บกพร่องการได้ยิน การมองเห็น ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุคนอื่น ซึ่งสื่อที่จะจัดทำขึ้นนั้นควรมีองค์ประกอบหัวข้อเรื่องของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลสุขภาพด้านจิตใจ หรือการจัดการอารมณ์ ความเครียด การจัดการภาวะฉุกเฉิน หรือพัฒนาเป็นคู่มือการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

6. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มทำขนม กลุ่มสวนตะกร้า เป็นต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มเหล่านี้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ การทัศนศึกษา ตลอดจนได้สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลากรทางการแพทย์ (จุฑาพร เกษมภักดีพงษ์, ศิริพร เทพสูตร และปฏิภาส สาแซ, 2558)

7. จัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพ รวมถึงมีแหล่งเรียนรู้และสถานที่ในการจัดกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือจัดเป็นศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน เพื่อเป็นสถานที่ที่ใช้ในการพบปะพูดคุย เพื่อเพิ่มเติม แลกเปลี่ยน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างบุคคลากรด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน มีการแลกเปลี่ยน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างประชาชนในชุมชนด้วยกันเอง รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนด้วย ผ่านการ

ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แกกันจากบุคคลต้นแบบที่มีความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ ตามมา

8. เสริมสร้างพลังสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ช่วยติดตาม ประเมินหรือทวนสอบ ความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุเป็นระยะ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ ทางไลน์แอปพลิเคชัน และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นครบถ้วน และถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้นำความรู้ความเข้าใจไปสู่การปฏิบัติ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำตัว ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพ ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพได้อย่างรวดเร็ว โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา สถานที่ รวมถึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับการปรึกษาด้วยความรู้สึกที่ไว้วางใจ และเชื่อมั่น รวมไปถึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

บทสรุป

การพัฒนาความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขที่ต้องตระหนักถึง และต้องเร่งดำเนินการ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วย การรณรงค์ให้มีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การให้ผู้บริการสุขภาพมีความรู้

ความเข้าใจเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ การร่วมมือกันระหว่างแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน การสร้างสื่อและการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม และการจัดให้มีโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีต้นแบบที่ดี จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ

แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุด้วยกัน หรือระหว่างผู้สูงอายุกับประชาชนในกลุ่มวัยอื่น ซึ่งจะเป็นผลทำให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

เอกสารอ้างอิง

- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26-36.
- กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถิติผู้สูงอายุ ปีพ.ศ. 2565. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.
- จุฑาพร เกษมภักดีพงษ์, ศิริพร เทพสูตร และปฏิภาส สาแข. (2558). พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารสุขศึกษาและสื่อสารสุขภาพ*, 1(1), 30-42.
- นริศรา แก้วบรรจกร ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. (2563). ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(3), 1-15.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเดช เกตุฉ่ำ (2554). รายงานการวิจัยการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1). (รายงานการวิจัย). กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์
- วชิราพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 183-197.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.



- ศิรินันท์ สุขศรี และดาววรรณ เศรษฐธรรม. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 17(4), 73-84.
- ศรีสุตา บุญขยาย. (2562). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4. สืบค้นจาก <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download/?did=207593&id=80115&reload=>
- สมจิตต์ สินธูชัย, นุสรา นามเดช, ประไพ กิตติบุญฉวี, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จิราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และปฐยาวัชร ปรากฏผล. (2565). รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม的自我จัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 37(1), 58-74.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *สรุปผลที่สำคัญ การงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพมหานคร : กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข*.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *สถิติประชากร รายจังหวัด ตามช่วงอายุ*. สืบค้นจาก <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/3>
- Berkman, N.D., Davis, T.C., McCormack, L. (2011). *Health Literacy: What is it?*. *Journal of Health Communication*, 15, 9-19.
- Chen, J. Z., Hsu, H. C., Tung, H. J., & Pan, L. Y. (2013). Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults. *Geriatr Gerontol Int*, 13(1), 70-76.
- Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*, 19(12), 1228-1239.
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of American Medication Association*, 281(6), 545-551.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Boyle, B., Hsu, Y., and Dunleavy, E. (2007). *Literacy in Everyday Life: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2007-480)*. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.



- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Nilnate, W. (2014). Health literacy in Thai elders in senior citizen club of Bangkok. (Doctoral). Chulalongkorn University, Bangkok.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies. *J Public Health*, 54, 304-305.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., & Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776.
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. *Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, Geneva* World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). WHOQOL-OLD manual. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf