

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก Health Literacy of Older People in a Semi-Urban Community, Phitsanulok Province

นัฐธิดา ดวงจันทร์, พยบ.¹; เกษมณี อภิวัฒน์สมบัติ, พยบ.²; ญาณิน แซ่ว่าน, พยบ.³;
ธีรภัทร์ กลมกลิ้ง, พยบ.⁴; ปภัสสร มั่นบัว, พยบ.⁵; ปรีชาติ บันดาลปิติ, พยบ.¹;
ปิยณัฐ ศรีวิไล, พยบ.⁵; พิมพัลดา เขียวจันยา, พยบ.⁵; ภัทรดี เปลี่ยนปาน, พยบ.⁶;
ศิริประภา โพธิ์ศรี, พยบ.⁷; สุเมธพงศ์ ศุภชีวะกุล, พยบ.⁶; อัจฉิน วันชัย, ปรด.⁸

Nattira Duangchan, BSN.¹; Kedmanee Apiwatsombut, BSN.²; Yanin Saewan, BSN.³;
Terapat klomkling, BSN.⁴; Papatson Manbua, BSN.⁵; Parichat Bandanpiti, BSN.¹;
Piyanat Sriwilai, BSN.⁵; Pimlada Khieochanya, BSN.⁵; Phattharavadi Plianpan, BSN.⁶;
Siraprapa Phosri, BSN.⁷; Sumetphong Supachiwakun, BSN.; Ausanee Wanchai, BSN.⁸

¹โรงพยาบาลแม่ระมาด; ²โรงพยาบาลท่าสองยาง; ³โรงพยาบาลพบพระ; ⁴โรงพยาบาลหนองไผ่; ⁵
โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก; ⁶โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช; ⁷โรงพยาบาลหล่มสัก; ⁸วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
¹Maeramard Hospital; ²Thasongyang Hospital; ³Phop phra Hospital; ⁴Nong phai Hospital; ⁵
Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok; ⁶Somdejphajotaksinmaharaj Hospital; ⁷Lomsak Hospital;
⁸Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
E-mail: wausanee@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2561 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 345 ราย เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์ ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านอื่นๆ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ตามลำดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ชุมชนกึ่งเมือง

Abstract

This survey aimed to examine the health literacy of older people in a semi-urban community, Phitsanulok Province, in 2018. The samples were 345 older people. The instrument used in this study was the health literacy questionnaire for older people. Data were analyzed using frequency, percentage, average, and standard deviation. The study results showed that the total health literacy of older people samples was low. When considering each dimension, the decision-making skills were moderate, whereas other dimensions were at low levels: self-management skills, communication skills, media literacy skills, health information accessibility skills, and cognitive skills, respectively. Therefore, the researchers suggested that health care personnel should develop a program to promote health literacy among the older people in the semi-urban community, Muang District, Phitsanulok Province, to enhance the quality of life of these older people in the future.

Keywords: Health literacy, Older people, Semi-urban community

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” หรือ “Aged Society” ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อัตรา ร้อยละ 4.5 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นอัตราร้อยละ 0.5 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2560) จาก การคาดการณ์จำนวนประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2561) พบว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบในปี 2564 ด้วยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 และ ในปี 2574 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 สำหรับจังหวัดพิษณุโลกจำนวนผู้สูงอายุ มีอัตราเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากสถิติของระบบสถิติทางการทะเบียนของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (2560) พบว่าในปี 2559-2560 จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกเพิ่มขึ้นจากจำนวน 140,148 คน เป็น 146,401 คน ซึ่งการมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ทำให้ประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2560) ได้กำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ ทางสุขภาพสำหรับประชาชนโดยได้มีการส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตามหลัก 3 อ.2ส. ได้แก่ อ.ที่ 1 อาหาร: ส่งเสริมพฤติกรรมด้านอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย: ส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อ.ที่ 3 อารมณ์: การจัดการอารมณ์ ส.ที่ 1 สูบบุหรี่: หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และ ส. ที่ 2 สุรา: หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ทั้งนี้โดยมีความคาดหวังที่จะให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างมี ประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเอง รวมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี แนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงในการใช้ชีวิตชีวิตที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน ในการเกิดโรคเรื้อรังเหล่านี้จึงต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2556) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) ซึ่งในประเทศไทยเริ่มมีการใช้คำว่าความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อ 30 กว่าปีก่อน

ในงานสุขศึกษาได้ขยายความสำคัญไปสู่การเสริมสร้างสุขภาพ โดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน (ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์, 2554) ทั้งนี้คำว่า “Health Literacy” ในภาษาไทยมีหลากหลายคำที่ใช้เรียก เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้คำว่า “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการศึกษากายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” ที่เคยเผยแพร่ใช้กันในวงวิชาการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจุบันใช้คำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่จะนำไปปฏิบัติ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management skill) หมายถึง สามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง สามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ ทั้งนี้ Nutbeam (2009) ได้แบ่งระดับของความรู้ทางสุขภาพไว้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) คือ ทักษะการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งจำเป็นต้องมี เพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวัน 2) ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) คือ ทักษะทางสังคมในการสื่อสาร สามารถเลือกใช้ แยกแยะ และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คือ การใช้ทักษะความสามารถในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (อภิญญา อินทรรัตน์, 2557)

ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยที่อาจมีผลต่อความรู้ทางสุขภาพโดยธรรมชาติ เช่น ความเสื่อมถอยของร่างกายอาจทำให้เกิดความเฉื่อยทางปัญญาและประสาทสัมผัสต่างๆ ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการฟัง การมองเห็น ส่งผลต่อการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงความซับซ้อนของการบริการสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่มีผลกระทบในด้านการทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ ดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) จากการศึกษาของบังอรศรี จินดาวงศ์ และคณะ (2557) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุและการศึกษามีผลกับระดับคะแนนความรู้ทางสุขภาพ และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33 มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถอ่านได้ เนื่องจากมีปัญหาทางสายตา และผู้สูงอายุที่มีระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าทุกระดับการศึกษา

ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และการรับบริการทางสุขภาพโดยตรง เพราะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ โดยหากบุคคลมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำย่อมส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพน้อยตามไปด้วยไม่จะเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และรวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ ที่ตนเผชิญอยู่ โดยผลลัพธ์ที่ตามมาคืออาจทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นตามมา (มนตรี นรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ วัฒนอมพันธ์, 2562)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่มีการศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองของจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งหมายถึงสังคมที่มีการผสมผสานกันระหว่างความเป็นเมืองและชนบท มีลักษณะของชุมชนแยกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ชุมชนดั้งเดิมที่ยังคงมีวิถีชีวิตชนบทไว้กับชุมชนใหม่ที่ดำเนินชีวิตแบบสังคมเมือง ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมกิ่งเมืองกิ่งชนบทมีทั้งปัญหาพื้นฐานของสังคมและปัญหาด้านจิตใจของคนในสังคมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ทัศนาศ พงศ์การกิจ, 2558) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองของจังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับส่งต่อให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่สำหรับการศึกษาและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่กิ่งเมืองของจังหวัดพิษณุโลกให้มีความรู้ทางสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกิ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกิ่งเมืองแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 2,477 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกิ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2561 โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสูตรของ ทาโร ยามานะ (Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และยอมให้เกิดความผิดพลาดได้ 5% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 345 คน และทำการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ในแต่ละหมู่บ้านจำนวน 14 หมู่บ้าน โดยกำหนดสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านในจำนวนสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ คือ 345 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนกิ่งเมืองที่เป็นสถานที่เป้าหมายอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ระหว่างเก็บข้อมูลมีการเจ็บป่วยกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 2) ย้ายที่อยู่ไปยังชุมชนหรือจังหวัดอื่น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสัมภาษณ์ความรู้ทางสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ที่ผู้วิจัยนำมาปรับเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ หมู่บ้านที่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.

เป็นแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ โดยวิธีเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียง 1 คำตอบ จาก 4 ตัวเลือก แบบทดสอบนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนนมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 5 คะแนน หมายถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ

6 - 7 คะแนน หมายถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้

8 - 10 คะแนน หมายถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก

2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบประเมินการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ข้อละ 4 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 แบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 12 คะแนน หมายถึงมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ

13 - 15 คะแนน หมายถึงมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้

16 - 20 คะแนน หมายถึงมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก

3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบประเมินการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ข้อละ 4 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 แบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 12 คะแนน หมายถึงระดับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ

13 - 15 คะแนน หมายถึงระดับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้

16 - 20 คะแนน หมายถึงระดับการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก

4) การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบประเมินการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ข้อละ 4 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 5 ระดับ จาก 0- 4 แบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 12 คะแนน หมายถึงมีระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ

13 - 15 คะแนน หมายถึงมีระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้

16 - 20 คะแนน หมายถึงมีระดับการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก

5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบประเมินการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ข้อละ 4 คะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าความถี่ในการปฏิบัติตัว มี 5 ระดับ จาก 0-4 แบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0-12 คะแนน หมายถึงมีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ

13-15 คะแนน หมายถึงมีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้

16-20 คะแนน หมายถึงมีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ดีมาก

6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. จำนวน 5 ข้อ

เป็นแบบทดสอบการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. โดยวิธีเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียง 1 คำตอบ จาก 4 ตัวเลือกแบบทดสอบนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 12 คะแนน หมายถึงมีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ต่ำ

13 - 15 คะแนน หมายถึงมีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. พอใช้

16 - 20 คะแนน หมายถึงมีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ตีมาก ส่วนการประเมินคะแนนรวมขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีจำนวน 35 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 110 คะแนน โดยแบ่งช่วงคะแนนระดับความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. เป็น 3 ระดับ ดังนี้
0 - 66 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีหรือไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.

67 - 87 คะแนน หรือ $\geq 60 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้หรือเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.ได้ถูกต้องบ้าง

คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 88 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม หมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมากหรือมากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

กองสุศึกษากรณสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้นำเครื่องมือวัดความรู้ทางสุขภาพที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 1 คน ด้านเครื่องมือและการวัด 1 คน ด้านงานวิจัยทางสังคม 1 คน ด้านที่มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพและที่ไม่ได้ดูแลสุขภาพรวม 2 คน และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้อาสาสมัครสุขภาพที่ปรับจากกองสุศึกษากรณสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขสร้างขึ้น ไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกันกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่จะศึกษา คือ ผู้สูงอายุในตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยการสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง ใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อราย หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องของแบบสัมภาษณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ และความรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยภาพรวม และรายด้านวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เอกสารรับรองเลขที่ SN 6/2561

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 345)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	123	35.70
หญิง	222	64.30
อายุ		
60-64 ปี	90	26.10
65-69 ปี	80	23.20
70-74 ปี	77	22.30
75-79 ปี	56	16.20
80 ปีขึ้นไป	42	12.20
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	8.10
ประถมศึกษาหรือ ป.1-6	283	82.00
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือ ม.1 -3	11	3.20
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ม.4-6/ ปวช.	9	2.60
ปวส. /อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	6	1.70
ปริญญาตรี	8	2.30
ปริญญาโทหรือสูงกว่า		
สถานภาพสมรส		
โสด	15	4.30
สมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน	211	61.20
หม้าย	102	29.60
หย่า/แยก	12	3.50
สมรสแต่คู่สมรสไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน	5	1.40
อาชีพ		
ใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	109	31.60
รับจ้างทั่วไป	24	7.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	6.10
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ	6	1.70
ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน	172	49.90
อื่น ๆ	13	3.80
โรคประจำตัว		
ไม่มี	87	25.20
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น อ้วน เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง	219	63.50
มีโรคติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคติดต่อทางเดินหายใจ	6	1.70
โรคปอด วัณโรค ไข้เรื้อรัง โรคเลือด		
อื่น ๆ	33	9.60

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.30 เป็นเพศชาย ร้อยละ 35.70 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 64 ปีมากที่สุด ร้อยละ 26.10 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 65 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.20 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาหรือ ป.1-6 คิดเป็นร้อยละ 82.00 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 8.10 สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสและคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 61.20 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 29.60 การประกอบอาชีพกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้าน เป็นแม่บ้านพ่อบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.90 รองลงมาประกอบอาชีพใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน ร้อยละ 31.60 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น อ้วน เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็ง ไต โรคข้อ คิดเป็นร้อยละ 63.50 รองลงมาคือไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 25.20

ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยรวม และรายด้าน (n = 345)

ความรู้ทางสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส.	5.19	1.72	ต่ำ
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	7.05	4.91	ต่ำ
3. ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	9.19	4.40	ต่ำ
4. ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	10.28	4.93	ต่ำ
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	9.11	6.55	ต่ำ
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.	13.61	2.59	พอใช้
โดยรวม	54.44	17.46	ต่ำ

จากตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 54.44$, $SD = 17.46$) ด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. ($\bar{X} = 13.61$, $SD = 2.59$) ระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมาคือ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($\bar{X} = 10.28$, $SD = 4.93$) ระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ($\bar{X} = 5.19$, $SD = 1.72$) ระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้านอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกิจปพน ศรีธานี (2560) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับคะแนนระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าระดับความรู้ทางสุขภาพของบุคคลอาจขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการมีอายุมากขึ้น อาทิเช่น จากการศึกษาของฐิตินันท์ นาคผู้ และ สุภาณี สนธิรัตน์ (2558) พบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อค้นหา ทำความเข้าใจประเมินข้อมูลและการตัดสินใจในการนำ

ข้อมูลทางสุขภาพไปใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถวิเคราะห์พิจารณาข้อมูลทางสุขภาพจนเกิดการปฏิบัติตน และประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวันได้ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในกระบวนการเรียนรู้ ในการทำความเข้าใจเรื่องต่างๆ มากกว่าในช่วงวัยอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นจึงอาจมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าช่วง วัยอื่นอันเนื่องมาจากปัญหาความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.70) เป็นผู้สูงอายุในช่วงตอนกลางและตอนปลายคือเป็นผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

ส่วนอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำคือร้อยละ 82.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้สูงอายุร้อยละ 8.10 ไม่ได้ รับการศึกษ สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลกระทบต่อ ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับ ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และยังคงสอดคล้องกับ งานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุศรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษาจะมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา

ทั้งนี้ในส่วนของความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับ พอใช้นั้น หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ดังจะเห็นได้ว่าสถานภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.2 ซึ่งอรณพ เรืองกัลปวงค์ และ สรวรรณ เรืองกัลปวงค์ (2558) กล่าวว่า ปัจจัยด้าน ครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง จากการเกิด พฤติกรรมเลียนแบบหรือคล้อยตามได้จากครอบครัว

ส่วนในประเด็นของการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะขอ คำปรึกษาจากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ นลินี ศรีวิลาศ และ ปริญา หุ่นโพธิ์ (2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเข้าถึงและการใช้งานอินเทอร์เน็ต ของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางพลี จังหวัดตราบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าถึงและนิยมใช้งานอินเทอร์เน็ตด้านต่างๆเพื่อการติดต่อสื่อสารและ การค้นคว้าหาข้อมูลข่าวสาร แสดงว่าในปัจจุบันผู้สูงอายุใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้น

และในประเด็นของความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอมือง จังหวัด พิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารหวาน ทั้งนี้อาจเป็น เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ซึ่งทำให้มีประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลตนเองจากบุคลากรทางสาธารณสุขมาพอสมควร จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นเรื่องการ รับประทานอาหารหวานสูงสุด ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามี ความขัดแย้งกับงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุศรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพก็ตาม ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มี บริบทต่างกัน กล่าว คือ งานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุศรา ประเสริฐศรี (2558) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งมีความแตกต่างกับงานวิจัยครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดย ไม่จำกัดเรื่องโรค

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.2ส.อยู่ในระดับพอใช้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน เช่น

1.1 การสอนวิธีการจำแนก และวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลข่าวสารก่อนการนำไปปฏิบัติหรือถ่ายทอดให้ผู้อื่น

1.2 จัดให้มีเวทีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารของผู้สูงอายุ

1.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพโดยจัดให้มีเสียงตามสายให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และความสำคัญของการมีความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

2. ผู้บริหารระดับท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ควรจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมในการส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อคำถามบางข้ออาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นคำถามโดยภาพรวม เช่น นิดหน่อยชอบรับประทานขนมหวาน นิดหน่อยจะเสี่ยงเป็นโรคใดมากที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุบางรายไม่ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จึงไม่สามารถตอบคำถามได้ ดังนั้น จึงควรพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ทางสุขภาพเฉพาะโรค เช่น โรคเบาหวานและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

2. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น จึงควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

3. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในชุมชนกึ่งเมือง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

4. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเดียว ไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษาถึงกลุ่มประชากรทั้งจังหวัดได้ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งจังหวัดพิษณุโลก

5. ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ทางสุขภาพในผู้สูงอายุเพียงกลุ่มเดียว ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยหลัก 3 อ. 2ส. สืบค้นจาก <http://www.dop.go.th/th/know/1/51>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน, กลุ่มวัยทำงาน. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์.
- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11*(1), 26-36.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9*(2), 1-8.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2558. สืบค้นจาก <https://www.youtube.com/watch?v=oPW9l7kqEFA>
- ฐิตินันท์ นาคผู้ และสุภาณี สนธิรัตน์. (2558). การพึ่งพาตนเองการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพความรอบรู้ทางสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. สืบค้นจาก <https://www.tcithaijo.org/index.php/socku/article/view/131393/98594>
- ทัศนาศ พงศ์การณกิจ. (2558). บริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยพาร์อีสเทอร์น, 9*(1), 7-15.
- นลินี ศรีวิลาศ และปริญญา หุ่นโพธิ์. (2560). พฤติกรรมการเข้าถึงและการใช้งานอินเทอร์เน็ตของกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอบางพลี จังหวัดราชบุรี. สืบค้นจาก http://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/808/rmutrconth_161.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์, 3*(1), 35-50.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุศรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25*(3), 43-51.
- บังอรศรี จินดาวงค์, เสาวนันท บำเรอราช, วริศรา ลูวีระ, และ ปิยธิดา คูหิรัญรัตน์. (2557). ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น. สืบค้นจาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/57/grc15/files/mmp88.pdf>
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/document/file/download/powerpoint.pdf>
- ประสิทธิ์ สัจจพงษ์. (2554). ความแตกต่างด้านสุขภาพ Health Literacy. สืบค้นจาก http://kcenter.anamai.moph.go.th/info.php?info_id=1320.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). จำนวนและอัตราผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2551 – 2560. สืบค้นจาก <http://social.nesdb.go.th/>
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2560). สถิติประชากรและบ้าน – จำนวนประชากรแยกอายุ. สืบค้นจาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/FilterPageAge>
- อภิญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(3), 174-178.

- อรรรณพ เรื่องกัลปวงศ์, และสรารวรรณ เรื่องกัลปวงศ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. *วารสารวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต*, 11(2), 77-94.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2556). การสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งตสุราและสูบบุหรี่. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *Journal of Public Health*, 54(5), 303-305. doi: 10.1007/s00038-009-0050-x