



ความรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

Health Literacy: Situation and Impacts on Health Status of the Older Adults

วิมลรัตน์ บุญเสถียร¹ อรทัย เจริญทิพย์เสกุล²
Wimonrut Boonsatean¹ Orathai Reantippayasakul²

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุกำลังกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในสังคมไทย และเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งยังเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม และขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพ เนื่องจากความเสื่อมถอยด้านสุขภาพกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และด้านสังคม แม้กระทรวงสาธารณสุขจะเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และกำหนดให้มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่รายงานการสำรวจที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้การศึกษาจะพบว่าผู้สูงอายุมีทักษะด้านการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติในระดับดี แต่การได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดทักษะการสื่อสารทางสุขภาพที่ดี อาจส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย การช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยการช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ผ่านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถพึ่งพาตนเอง ลดภาวะพึ่งพิงผู้อื่น และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปตามศักยภาพของตน

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพ สถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Assistant Professor, Dr., School of Nursing, Rangsit University

Corresponding author, Email: wimonrut.b@rsu.ac.th

² อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Instructor, School of Nursing, Rangsit University

Abstract

The older adults are becoming a large population in Thai society, who confronts with many health problems and chronic diseases. Since physical deterioration along with mental and social changes found in the elderlies, they are also classified as an underprivileged group in receiving direct and indirect health information as well as lack opportunity to access social welfare and health care services. Although the Thai Ministry of Public Health recognizes the significance in promoting health literacy for all ages and establishes an obvious action plan, previous studies found that Thai elderly had inadequate level of health literacy, especially health cognition, health communication, and health information and health services accessibility. Despite the elderly has good level of decision-making and discrimination skills, inadequate health information received including lack of health communication skill may result in error of self-care decisions. To promote health literacy in aging population through creating health cognition via effective communication and age-friendly environment will assist them to be self-reliant, reduce dependency, and be able to continue living life based on their own potentials.

Keywords health literacy, health status, older adult

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยทำให้หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ตื่นตัวเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสภาพการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ และสุขภาพสังคมตลอดเวลา การที่สมรรถนะหลายด้านของผู้สูงอายุลดลงทุกปีตามวัยที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้ขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพ ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในความสนใจของสังคมมากขึ้น เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ หรือเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุโดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคที่เป็นได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งในบทความนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจถึงสถานการณ์ทั่วไปของผู้สูงอายุ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย รวมทั้งความเกี่ยวข้องของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ



นอกจากนี้ได้เสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางเบื้องต้นในการประยุกต์แนวความคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นที่การดูแลในระดับบุคคล

สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทย

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้อัตราการตายอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่อัตราการเกิดของเด็กลดลง ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ.2578 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และสูงเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์ (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2015) โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย และเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย กล่าวคือ เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 78.2 ปี และเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 71.3 ปี (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560)

จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับวิถีในการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมกับเงื่อนไขทางสุขภาพ รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ยากจะหลีกเลี่ยง เช่น อายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2558) ผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงต้องพึ่งพาตนเองมากกว่าผู้สูงอายุในอดีต และมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้งให้อยู่ลำพังกับหลาน หรือกับคู่สมรส หากผู้สูงอายุเหล่านี้มีโรคเรื้อรังหรือมีข้อจำกัดในการดูแลช่วยเหลือตนเองร่วมด้วย ย่อมหมายถึงภาระในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ชุมชน รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย

โดยสรุปการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศ ซึ่งผลกระทบทั่วไปในระดับประเทศ เช่น (1) ด้านเศรษฐกิจ การมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีคนวัยทำงานลดลง ทำให้มีแรงงานในการผลิตน้อยลง จึงต้องมีการจ้างงานหรือนำเข้าแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้น ต้องมี

การใช้เครื่องมือเครื่องจักรมากขึ้น จึงมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสูงขึ้น ส่งผลให้รายได้ประชาชาติ (GNP) น้อยลง อย่างไรก็ตามปัจจุบันประเทศเพื่อนบ้าน เช่น พม่า ลาว เขมร ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) จึงอาจส่งผลกระทบต่อการนำเข้าแรงงานต่างด้าวในอนาคตอันใกล้

(2) ด้านสังคม ปัจจุบันพบปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งหรือต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น เนื่องจากบุตรหลานที่อยู่ในวัยทำงานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และผลจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงขึ้น บุตรหลานในวัยทำงานจึงต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากการดูแลบุตร (ชัยพัฒน์ พุฒิช้อน และกัณฑ์พัฒน์ พรศิริวัชรสิน, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 หรือประมาณ 4.4 ล้านคนยังคงทำงาน และร้อยละ 43 ทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองหรือครอบครัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ส่งผลให้ผู้สูงอายุดังกล่าวมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง อาจนำไปสู่การแยกห่างจากสังคม (3) ด้านระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากความสูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความเปราะบางด้านสุขภาพและเกี่ยวข้องกับภาวะพึ่งพิง โดยจะพบสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (สุพรรณิ ใจดี, 2559) ทำให้ประเทศจำเป็นต้องมีระบบรองรับในรูปแบบต่างๆ เช่น โครงการทีมหมอครอบครัวเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและคิดเตียง การจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก การจัดคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลเฉพาะกลุ่ม รวมทั้งการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว (Long term care) ซึ่งเป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคม ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการซึ่งดูแลโดยบุคลากรทางสุขภาพ และรูปแบบไม่เป็นทางการซึ่งดูแลโดยครอบครัว หรืออาสาสมัคร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) อย่างไรก็ตามระบบนี้ยังมีข้อจำกัดหลายด้านที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลตนเองได้ โดยพบข้อจำกัดทั้งด้านจำนวนและศักยภาพของบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการมีหลายหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินงานแต่ทำงานแยกส่วนกัน ส่งผลให้การบริการไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ และมีการดำเนินงานซ้ำซ้อน รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสูงโดยไม่จำเป็น (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559; ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ, 2553)

ด้านผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหาสุขภาพหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ (1) สุขภาพกาย ผลจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยทำให้ผู้สูงอายุพบข้อจำกัดทางกายภาพที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารในสังคม (เช่น การลดลงของการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวและการสั่งการของสมองข้างล่าง) รวมทั้งต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย จากผลการสำรวจสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุไทย



พบว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังซึ่งมักเกิดขึ้นพร้อมกันหลายโรคในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และอัมพาต ซึ่งจะพบเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานลดลง จึงเป็นการเพิ่มภาระการดูแลให้กับครอบครัวของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) (2) ด้านสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเสียชีวิตของคู่สมรส/บุคคลใกล้ชิด และการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม รวมถึงรายได้ที่ลดลงภายหลังเกษียณ ผู้สูงอายุอาจรู้สึกหงุดหงิดง่าย สูญเสียคุณค่าในตนเอง บางรายอาจรู้สึกกังวลกลัวว่าลูกหลานจะไม่ดูแล ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวรับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2558; ปรานี อ่อนศรี และอัจฉรา อูไรเลิศ, 2561) ผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย ใจ และสังคมดังกล่าว ส่งผลให้สมรรถนะของผู้สูงอายุลดลง ขาดโอกาสในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยน หรือรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ จึงทำให้นักวิชาการเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในความสนใจเพิ่มขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุซึ่งกำลังจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในสังคมไทยในอนาคต

ความรู้ด้านสุขภาพ

คำว่า Health literacy ในภาษาไทยมีคำใช้หลายคำ เช่น ความรู้ด้านสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ และความฉลาดทางสุขภาพ ในบทความนี้ผู้เขียนเลือกใช้คำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งเป็นคำที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในปัจจุบัน โดยในแผนปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมาย แผนงาน และตัวชี้วัดเรื่องการปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพไว้อย่างชัดเจน และในแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของคนไทย เพื่อลดการพึ่งพิงบริการ โดยมอบหมายให้กรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2561) นอกจากนี้ผลจากการแพร่หลายของข้อมูลสุขภาพในโลกโซเชียล การนำนวัตกรรมด้านสารสนเทศมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2564 ส่งผลให้ความ

รอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญมากขึ้น (วัชรพร เษยสุวรรณ, 2560) แต่ผลการศึกษากลับพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อาจยังไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ (ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2556) รวมทั้งอัตราการอ่านหนังสือของคนไทยที่ลดลงตามวัย และพบผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ยังคงมีการอ่านหนังสืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพที่รุนแรงขึ้นในอนาคต (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

ความหมายและทัศนคติที่แตกต่างกัน

แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มต้นพัฒนาจากประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ ค.ศ. 1970 และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและธำรงภาวะสุขภาพที่ดีของตน (Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health) (World Health Organization, 1998) นอกจากนี้ยังมีคำนิยามหลากหลายจากนักวิชาการที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ ค้นหาคำตอบที่ต้องการ ตีความหมาย ตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และตัดสินใจใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ (Berkman, Davis, & McCormack, 2010; “Health literacy,” n.d.; กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในมุมมองของนักวิชาการมีทัศนะต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มนักวิชาการที่ทำงานด้านคลินิก มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk) ที่ต้องแก้ไข เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพราะมีความเสื่อมถอยและข้อจำกัดด้านกายภาพมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (2) กลุ่มนักวิชาการที่ทำงานด้านการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ มองความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสินทรัพย์ (Asset) เป็นความสามารถที่บุคคลสะสมเพิ่มพูนขึ้นตามวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มที่มีทุนทางปัญญาและความสามารถในด้านต่างๆ ที่สั่งสมมาก่อนข้างมาก มีพลังอำนาจภายในตัว และมีกระบวนการตัดสินใจที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) จะช่วยให้ผู้สูงอายุใช้สินทรัพย์ที่มีให้เกิดประโยชน์กับ



ตนเองได้ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล 2558) แม้นักวิชาการทั้ง 2 กลุ่มมีมุมมองต่อความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่เป้าหมายในการดำเนินการมีความคล้ายคลึงกัน คือให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดีตามอัตรภาพ

การแบ่งระดับ กระบวนการพัฒนา และทักษะที่จำเป็น

แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้นเมื่อมีการจำแนกระดับ โดย Nutbeam (2000) ซึ่งแบ่งระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ (1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) มุ่งเน้นที่ทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งช่วยให้บุคคลเข้าใจข้อมูลที่จะนำมาใช้ในวิถีชีวิตประจำวัน และเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านใบยินยอม การเข้าใจการให้ข้อมูลของบุคลากรทางสุขภาพ ทักษะนี้จะส่งผลให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือร่วมมือกับการรักษาของแพทย์ได้ (2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) เป็นความสามารถด้านการค้นหา เลือกรู้ และจำแนกข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ และนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ และ (3) ระดับวิจรณ์ญาณ (Critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่สูงขึ้น บุคคลจะสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ และตัดสินใจใช้ข้อมูลในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตของตนได้เหมาะสม ในปัจจุบันความสนใจในประเด็นการรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลข่าวสาร (Media and information literacy) มีมากขึ้น เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับข้อมูลสุขภาพ คาดการณ์ว่าในอนาคตความรอบรู้ด้านนี้จะมีความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากสังคมในอนาคตจะเป็นสังคมแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารไร้พรมแดน (ICT-based society) มีการเกิดขึ้นของสื่อสังคมออนไลน์มากมายที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายด้วยโทรศัพท์มือถือ (Lee, 2013) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้สร้างแนวทางในการพัฒนาสุขภาพประชาชนทุกวัยโดยใช้ V shape เพื่อช่วยพัฒนาระดับความสามารถของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

แบบจำลอง V-shape เป็นกระบวนการที่ช่วยสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะสำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบจำลองนี้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้และแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ กระบวนการนี้จึงเป็นการสร้าง

ทักษะให้แสวงหาข้อมูลสุขภาพจากช่องทางต่างๆ สร้างทักษะในการวิเคราะห์แยกข้อมูลที่เป็นจริงกับข้อมูลลวง ทำให้สามารถเลือกใช้ข้อมูลที่สุดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง และนำมาประกอบการตัดสินใจวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจะสามารถบอกเล่าความสำเร็จของตนให้ผู้อื่นฟังได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561; ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี, 2561) ดังนั้น ทักษะสำคัญที่ควรพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรประกอบด้วยทักษะดังนี้

1. การแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย รวมถึงสามารถในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับก่อนนำมาใช้ (Access skill) จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพตามความต้องการและความเหมาะสมสำหรับตนเองได้

2. การวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผล (Cognitive skill) จะช่วยให้ผู้สูงอายุเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เป็นจริง ถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับการปฏิบัติตัวของตนเอง

3. การสื่อสารสองทางโดยเฉพาะกับบุคลากรทางการแพทย์ (Communication skill) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ตามความต้องการ ทำให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ และตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม

4. การจัดการตนเอง (Self-management skill) เป็นทักษะในการคิด การตัดสินใจ เพื่อจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้แหล่งประโยชน์จากครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคม ซึ่งรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีเป้าหมายให้มีสุขภาพดีหรือใช้ชีวิตร่วมกับโรคที่เป็นได้ (Richard & Shea, 2011) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้สอดคล้องกลมกลืนไปกับวิถีในการดำเนินชีวิตของตน ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้สม่ำเสมอเนื่องด้วยความเต็มใจ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ (Low health literacy) มีการระบาดอย่างเจียบๆ ในกลุ่มประชากรหลายวัยไม่เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ (Marcus, 2006) ซึ่งอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน



1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษาที่ผ่านสามารถสรุปเป็นเบื้องต้นได้ว่า ระดับการศึกษา รายได้ และอายุ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า หากบุคคลมีระดับการศึกษาสูงขึ้น และมีรายได้เพิ่มขึ้น มักจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงกว่าคนที่มีการศึกษาและมีรายได้ต่ำกว่า (Bodur, Filiz, & Kalkan, 2017; Wu et al., 2017) ซึ่งคนที่มีการศึกษาน้อย จะไม่สามารถเลือกงานที่มีรายได้สูงๆ จึงมักทำงานที่มีรายได้ได้น้อย ทำให้ขาดเวลาและโอกาสในการค้นคว้าและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานหาเลี้ยงชีพ จึงอาจส่งผลต่อการรับข้อมูลข่าวสาร การเลือกใช้บริการสุขภาพ หรืออาจส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสวนทางกับอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะมีทักษะการอ่านลดลง ทำให้ส่งผลกระทบต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (“3 Factors affecting health literacy and how physicians can help,” 2016) โดยทุกๆ ปีที่อายุเพิ่มขึ้นค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งวัดจากทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน (Functional health literacy) จะลดลงปีละ 1.3 คะแนน (Baker, Gazmararian, Sudano, & Patterson, 2000) จากการศึกษาในผู้สูงอายุไทยโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา) ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (กิจปพน ศรีธานี, 2560) หรือในระดับพอใช้ (อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรธน์กุล, และ สาวิตรี ทยานศิลป์, 2561) โดยมีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องบ้าง มีความรอบรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพในระดับไม่ดี แต่ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี-ดีมาก (สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562; อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว และคณะ, 2561) และผลจากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจากตัวแทนผู้สูงอายุไทยที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 440 คน โดยใช้เครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อในการศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟาย พบว่า เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (99.5%) ส่วนที่เหลืออยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ (0.5%) (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557)

2. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการสื่อสารสุขภาพ และช่วยให้เข้าใจสาเหตุของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันของบุคคลที่อาศัยในสิ่งแวดล้อมและมีวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตต่างกัน เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมิใช่เพียงแค่ความสามารถพื้นฐานในการพูด อ่าน เขียน หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงมิติที่เกี่ยวข้องกับการตีความหมาย ข้อมูล วิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมินค่า และการตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่บุคคล

อาศัยอยู่มีส่วนสำคัญในการหล่อหลอมความคิด ความเชื่อ การสื่อความหมาย การตีความ การทำความเข้าใจ และการติดต่อสื่อสารของบุคคลในสังคม เมื่อเวลาผ่านไปสิ่งเหล่านี้จะถูกพัฒนาจนกลายเป็นวัฒนธรรมของกลุ่มคนในสังคม ซึ่งมีผลให้คนในสังคมนั้นๆ ทำความเข้าใจ/ตีความหมาย และตอบสนองต่อข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ได้รับในลักษณะที่แตกต่างไปจากบุคคลในสังคมอื่น (“Health literacy,” n.d.) เช่น ในคนไทยรุ่นเก่าที่เกิดในยุคที่มีลูกมากประมาณ พ.ศ. 2489-2507 (Baby boom) หรือยุคที่เริ่มต้นการคุมกำเนิดประมาณ พ.ศ.2504-2524 (Generation X) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุในปัจจุบัน จะได้รับการสั่งสอนให้รู้จักควบคุมอารมณ์ ใจเย็น หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธหรืออารมณ์รุนแรงกับผู้อื่น จึงมักยอมตามและประนีประนอมเพื่อรักษาสัมพันธภาพและลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น (Burnard & Naiyapatana, 2004) และเมื่ออยู่ในสถานะของผู้ป่วยจะมีความเกรงใจบุคลากรทางสุขภาพ แม้รู้สึกไม่เห็นด้วย/ขัดแย้งกับข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ก็ไม่ได้โต้แย้งและไม่แสดงออก (Naemiratch & Manderson, 2006) ซึ่งนับเป็นการสื่อสารทางเดียวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ขาดโอกาสในการรับ/อภิปรายข้อมูลข่าวสารสุขภาพกับบุคลากรทางสุขภาพ และอาจส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมได้

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ คือระดับต่ำ-พอใช้ (กิจปพน ศรีธานี, 2560; อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว และคณะ, 2561) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพคลาดเคลื่อน เกิดข้อจำกัดในการสื่อสารสุขภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งข้อจำกัดในการสื่อสารสุขภาพดังกล่าวนอกจากเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้ว ยังเป็นผลจากอิทธิพลของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ ผู้สูงอายุมีทักษะการตัดสินใจและทักษะการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี-ดีมาก (สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562; อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว และคณะ, 2561) ซึ่งทักษะด้านนี้อาจเป็นผลจากประสบการณ์เดิมและทักษะที่สั่งสมมา ผู้สูงอายุจึงคิด ตัดสินใจ และเลือกในสิ่งที่ตรงกับความต้องการของตนได้อย่างเหมาะสม และเมื่อจำแนกระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม Nutbeam (2000) พบว่า เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุที่ศึกษา มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ อายุที่เพิ่มขึ้น ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน และผู้ดูแล เป็นต้น (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557)

นอกจากนี้ผลการศึกษาและผลการดำเนินการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา ทั้งในส่วนของงานวิจัยและงานกิจกรรม/โครงการยังมีข้อจำกัด ทั้งด้านความหลากหลายของนิยามที่ใช้



เครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน หรือการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องและไม่เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ดังเช่น (1) ในส่วนของงานวิจัยจะมีการกำหนดนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลายต่างกัน ส่งผลต่อการพัฒนาเครื่องมือวัดที่มีขอบเขตเฉพาะบริบทที่ศึกษา และอาจไม่สามารถนำไปใช้ในบริบทอื่น ได้อย่างแพร่หลาย นอกจากนี้แบบวัดที่สร้างขึ้น ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การวัดความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) เช่น การอ่าน การจดจำคำศัพท์ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558) มีเพียงบางงานวิจัยที่พัฒนาเครื่องมือโดยใช้กรอบตามคุณลักษณะ/ทักษะสำคัญ 6 ด้านที่จำเป็นในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพที่นำเสนอโดยสำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือ และมีความเป็นไปได้ในการใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557) แต่การใช้เครื่องมือดังกล่าวจำกัดเฉพาะในการวิจัยเท่านั้น ยังไม่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และ (2) ในส่วนของการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ แม้จะมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ แต่การดำเนินการส่วนใหญ่เน้นที่การให้ความรู้เป็นกลุ่ม เช่น การอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะเป็นแกนนำจากชมรม แกนนำของหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงทำให้ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557)

ความรู้ด้านสุขภาพกับสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health status) ในบทความนี้ มีความหมายครอบคลุมถึงภาวะการเจ็บป่วย การตาย หรือภาวะที่มีข้อจำกัด/ข้อบกพร่องทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวันหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับสถานะทางสุขภาพ พบว่า บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น มีการเข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยมากกว่า บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ (AHRO, 2011; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะพบอัตราการตายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอถึง 1.75 เท่า (Sudore et al., 2006) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำหรือจำกัด จะมีแนวโน้มของการมีสุขภาพไม่ดี มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Wolf, Gazmararian, & Baker, 2005) ความดันโลหิตสูง และข้ออักเสบเพิ่มขึ้น รวมทั้งรับรู้/รู้ดีกว่าตนเองมีสถานะทางสุขภาพ โดยเฉพาะด้านร่างกาย (Functional health status) ลดลง (Kim, 2009)

ในประเทศไทยผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์สุขภาพ โดยพบว่า กลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมีภาวะอ้วนลงพุง มักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะดังกล่าว (วิมล โรมา, มุกดา สำนักกลาง, และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2561) เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ความเสื่อมถอยของร่างกายในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะปัญหาการฟัง การอ่าน ปัญหาทางสายตา การได้ยิน รวมทั้งปัญหาความจำและความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แม้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ แต่อาจใช้เวลานานขึ้น (พิไลพร สุขเจริญ และคณะ, 2561) ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะที่จำเป็นในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะในการเรียนรู้ รู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศที่แพร่หลายในปัจจุบัน และสามารถรับและเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ/การดูแลตนเองได้ถูกต้องสอดคล้องกับสถานะทางสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี, 2558) และผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี (สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562) โดยผู้สูงอายุจะมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ (สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562; อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว และคณะ, 2561) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับไม่ดี (สมสุข ภาณุรัตน์ และคณะ, 2562) จึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคได้มากกว่าวัยอื่นจากหลายสาเหตุ ทั้งที่เกิดจากปัจจัยด้านความเสื่อมของร่างกายตามธรรมชาติ ที่ส่งผลต่อการรับ การทำความเข้าใจ โอกาสการเข้าถึงข้อมูลและใช้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ผลจากการไม่รู้เท่าทันสื่อสารสนเทศที่เผยแพร่กันอย่างแพร่หลายในสังคมปัจจุบันอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหลงเชื่อข้อมูล แม้ผู้สูงอายุจะมีทักษะด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติเนื่องจากเรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา แต่การขาดข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอในการคิดและตัดสินใจ และการขาดทักษะในการสื่อสารสถานะทางสุขภาพของตนให้ผู้อื่นเข้าใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับคำแนะนำที่ไม่ตรงกับความต้องการ ส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาด ผลที่ตามมาคือการเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมักจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กิจปพน ศรีธานี, 2560; อุทุมพร ศรีเจื่อนแก้ว และคณะ, 2561)

แนวทางการการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพสู่การพยาบาลผู้สูงอายุ

ผลจากการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทยส่งผลให้มีผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น แม้จะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย และต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเรื้อรัง/ข้อจำกัดด้านสุขภาพที่สูงขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น การช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ลดภาวะพึ่งพิง และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปตามศักยภาพของตน โดยพยาบาลควรมีส่วนในการช่วยพัฒนา/ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ผ่านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุ ซึ่งการสื่อสารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าเหมาะสมกับตนเองที่สุด คือการสื่อสารแบบเผชิญหน้ากัน (Face-to-face contact) ในบรรยากาศที่เป็นมิตร (Miller, 2009) มีการสื่อสารสองทาง โดยใช้คำพูดง่าย สั้น กระชับ ทันสมัย ถูกต้อง และตรงประเด็นที่ต้องการสื่อสาร ในการสนทนาแต่ละครั้งควรมีประเด็นสำคัญไม่เกิน 2-3 ประเด็น ถ้าการสนทนาเชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุเคยผ่าน มาจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่ายขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิค สังกตสนีหน้าเพื่อประเมินความเข้าใจและพูดซ้ำเมื่อจำเป็น โดยไม่แสดงสีหน้าเบื่อหน่ายหรือไม่แสดงความเร่งรีบ นอกจากนี้ควรให้เวลาผู้สูงอายุในการคิด และตอบสนอง ซึ่งอาจให้ผู้สูงอายุทบทวนสิ่งที่สนทนากันเป็นการตรวจสอบความเข้าใจเบื้องต้น หรือให้ผู้สูงอายุถามคำถามเพื่อร่วมกันค้นหาแนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Miller, 2009; วัชรพร เชยสุวรรณ, 2560) กรณีต้องการเพิ่มความเข้าใจด้วยวิธีสื่อสารด้วยการเขียน ควรเขียนด้วยข้อความสั้นง่ายด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่กว่าปกติ ใช้รูปหรือแผนภาพประกอบเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน ใช้ตัวเลขหรือเครื่องหมายต่างๆ เพื่อแบ่งประเด็นสำคัญและนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับ ใช้เส้น สี หรือลักษณะอักษรที่แตกต่างเพื่อเน้นข้อความสำคัญ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558; วัชรพร เชยสุวรรณ, 2560) และอาจใช้สื่อมัลติมีเดียที่ไม่ยาวเกินไปเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจข้อมูลที่ต้องการสื่อสารและเห็นภาพของการปฏิบัติ/การดูแลตนเองได้ชัดเจนมากขึ้น

ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ซึ่งอาจเกิดจากความบกพร่องของการได้ยิน การมองเห็น ความผิดปกติของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด การเปล่งเสียง หรือความผิดปกติของระบบประสาทของสมองที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การคิด การตอบสนอง ความจำ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสื่อสารกับผู้อื่นตามความต้องการได้ลดลง ในเบื้องต้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับความเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ความเข้าใจนี้จะช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงความยากลำบากในการสื่อสารของผู้สูงอายุ และมีทัศนคติทางบวกต่อความสูงอายุ ในขณะที่สื่อสารกับผู้สูงอายุ นอกเหนือจากการใช้วิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้นแล้ว พยาบาลควรใจเย็นอดทน ให้ความเวลา และรอให้ผู้สูงอายุตอบสนอง (รวีวรรณ เผ่ากัณหา, 2561) เริ่มต้นการสนทนาด้วยการทำให้ผู้สูงอายุสนใจและพร้อมที่จะฟัง ในสถานที่เงียบ เสียงไม่ก้อง มีแสงสว่างพอให้เห็นใบหน้าของผู้พูดอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุฟังพร้อมกับการอ่านริมฝีปากผู้พูดได้ การพูดควรใช้คำพูดที่ชัดเจน ประโยคสั้นง่ายแต่มีความหมาย จังหวะการพูดช้าปานกลาง พูดเน้นคำสำคัญ และใช้เสียงโทนต่ำในการสื่อสารแทนการตะโกน นอกจากนี้ขณะพูดพยาบาลอาจใช้ภาษากายในการสื่อสารร่วมด้วย เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจเนื้อหาที่พูดได้ดีขึ้น ก่อนสิ้นสุดการสื่อสาร ควรให้ผู้สูงอายุทบทวนประเด็นสำคัญของการสื่อสาร เพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุเข้าใจในสิ่งที่ต้องการสื่อสาร ได้ถูกต้อง (นัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2555)

2. พยาบาลควรแสดงบทบาทในฐานะการเป็นผู้ให้ความรู้ การเป็นผู้อำนวยความสะดวก และการเป็นโค้ชอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และสภาวะทางสุขภาพ เพื่อช่วยพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการตนเอง และช่วยสร้างการเรียนรู้เท่าทันสื่อ เนื่องจากผู้สูงอายุมักเป็นกลุ่มเป้าหมายของธุรกิจสินค้าผ่านกรรโมบายนาชวณเชื่อมต่ออยู่เสมอ โดยพยาบาลควรเริ่มต้นจากการพัฒนาตนเองให้กระตือรือร้น ค้นหาแหล่งข้อมูล และเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัยอยู่เสมอ จึงจะสามารถช่วยพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุรู้วิธีการค้นหาแหล่งข้อมูล ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเนื้อหาข้อมูลข่าวสารและแหล่งข่าว ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของตนเอง โดยมีพยาบาลคอยแนะนำช่วยเหลือตามความต้องการอย่างเหมาะสม

3. ร่วมสร้างระบบสนับสนุน/ระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่มีโอกาสใช้เวลาอยู่กับผู้ใช้บริการมากกว่าบุคลากรทางสุขภาพสาขาอื่น ดังนั้นพยาบาลควรใช้เวลาทุกนาทีให้มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อการดูแล/ให้คำปรึกษา/ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากบทบาทด้านนี้เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ โดยไม่ต้องรอคำสั่งในการรักษาจากแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลควรฝึกฝนทักษะการสื่อสารของตนเองให้สามารถสื่อสารเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่ายต่อการเข้าใจ ฝึกทักษะการเป็นผู้ฟัง



(Active listening) และเป็นผู้พูดอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งสร้างบรรยากาศในการสนทนาที่ผ่อนคลาย เป็นมิตร เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุ้นเคยและกล้าซักถาม อันจะนำมาซึ่งความเข้าใจที่ถูกต้องและช่วยให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

สรุป

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยยังอยู่ในระดับระดับต่ำถึงระดับพอใช้ และอยู่ในขั้นพื้นฐานที่ช่วยให้เข้าใจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ทำให้สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือร่วมมือกับการรักษาของแพทย์ได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะปัญหาการมองเห็น การได้ยิน ความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับอิทธิพลของวัฒนธรรมไทย และสิ่งแวดล้อมที่หล่อหลอมให้ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันมีนิสัยประนีประนอมยอมตาม และให้ความเกรงใจบุคลากรทางสุขภาพแม้จะรู้สึกขัดแย้ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการสื่อสารสองทาง รับ/อภิปรายข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพอย่างถ่องแท้ รวมทั้งขาดทักษะค้นหา เลือกใช้ จำแนกแยะแยะข้อมูล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ซึ่งเป็นทักษะระดับที่สูงขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น อาจเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาความเจ็บป่วยลดลง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ช่วยลดค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการดูแลรักษา และยังสามารถพึ่งพาตนเองและสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติสุขตามศักยภาพ โดยพยาบาลควรมีส่วนช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เข้าใจการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุและมีทัศนคติที่ดีกับความสูงอายุ ปรับบทบาทการดูแลจากการเป็นผู้ให้มาเป็นผู้อำนวยและเป็นโค้ช ภายใต้ระบบบริการที่สนับสนุนและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จึงจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ สามารถค้นหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ตรงกับความต้องการ สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลที่มีได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง และสามารถตัดสินใจจัดการชีวิต รวมทั้งดูแลสุขภาพของตนได้สอดคล้องกับบริบท อันจะนำมาซึ่งการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *HL and HLO*. สืบค้น 15 มีนาคม 2563, จาก http://dohhl.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=60

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: ม.ป.ท.

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

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 1-8.

จุฑารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. *วารสารรูสมิแล*, 38(1), 6-28.

ชัยพัฒน์ พุฒิช้อน, และกัณตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. (2561). แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1(1), 25-36.

นัยนา พิพัฒน์วิมลชชา. (2555). การพยาบาลผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(3), 67-76.

นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2558). ประชากรสูงอายุ; แนวโน้มและประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ. ใน *วิไลวรรณ ทองเจริญ (บ.ก.), ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (น. 1-18)*. กรุงเทพมหานคร: หจก. เอ็นพีเพรส.

ปราณี อ่อนศรี, และอัจฉรา อุไรเลิศ. (2561). บทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 55-62.

พิไลพร สุขเจริญ, อรัญญา รักหาบ, และกมลชนก ทองเอียด. (2561). วิธีการรับรู้ของผู้สูงอายุ: บทเรียนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ 1. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 11(1), 60-81.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: บริษัท ฟรินเทอริ จำกัด.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. นครปฐม: บริษัท ฟรินเทอริ จำกัด.

รวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2561). การสื่อสารกับผู้สูงอายุ. สืบค้น 28 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <http://www.healthcarethai.com> สื่อสารกับผู้สูงอายุ/

วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- วิธราพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยธานี*, 44(3), 183–197.
- วิมล โรมมา, มุกดา สำนวนกลาง, และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). รายงานฉบับสมบูรณ์ ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- วิรากรณ์ โพธิศิริ, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วรเวศน์ สุวรรณระดา, ศิริวรรณ ศิริบุญ, บุศริน บางแก้ว, และชนตติ มลินทางกูร. (2559). โครงการศึกษาด้านแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. รายงานวิจัยของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ, และลินจง โปธิบาล. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2553.
- ศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. (2556). การสำรวจความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่างสำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง. รายงานการสำรวจ เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี. (2561). คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. อุดรธานี: งานอนามัยโรงเรียน.
- สมสุข ภาณุรัตน์, พรพรรณ ภูสาหัส, สุขฤดี ชัยศฤงคารสกุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์, วิถี ชูระธรรม, และภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 86–94.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ. การประชุมสมัชชาแห่งชาติ ครั้งที่ 11 วันที่ 25 กรกฎาคม 2561.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการระบบการดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. รายงานวิจัย ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุพรรณณี ใจดี. (2559). *การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชภัฏนครราชสีมา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชภัฏนครราชสีมา.

แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างคามฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43–54.

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

3 Factors affecting health literacy and how physicians can help. (2016). Retrieved December 20, 2018, from <https://www.thinkanthem.com/uncategorized/3-factors-affecting-health-literacy-how-physicians-can-help/>

AHRO. (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review*. Retrieved February 16, 2018, from <https://doi.org/AHRQ> Pub. No. 11-E006-1

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology*, 55B(6), S368-74.

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 Intern Med*, 152(2), 97–107.

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

Bodur, A. S., Filiz, E., & Kalkan, I. (2017). Factors affecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 100–109.

Burnard, P., & Naiyapatana, W. (2004). Some cultural influences in Thai nursing. *Asian Journal of Nursing Studies*, 7(2), 1–7.

Health literacy. (n.d.). Retrieved August 20, 2018, from <https://nmlm.gov/initiatives/topics/health-literacy>

Kim, S. H. (2009). Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2337–2343.

Lee, A. (2013). Literacy and competencies required to participate in knowledge societies. In Alice Lee, Jesus Lau, Toni Carbo, & Natalia Gendina (Eds.), *Conceptual relationship of information literacy and media literacy in knowledge societies* (pp. 3–74). Paris, France: UNESCO.



- Marcus, E. N. (2006). The silent epidemic-The health effects of illiteracy. *N Engl J Med*, 355(4), 339–341.
- Miller, L. H. (2009). Improving health literacy for older adults: A provider perspective. In Centers for Disease Control and Prevention (Ed.), *Improving health literacy for older adults: Expert panel report 2009* (pp. 13–14). Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Naemiratch, B., & Manderson, L. (2006). Control and adherence: Living with diabetes in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine*, 63, 1147–1157.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255–264.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Schilinger, D. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly. *J Gen Intern Med*, 21, 806–812.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2015). *World population ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390)*. New York: United Nations.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946–1952.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO.
- Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), E628.