



การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

HEALTH INFORMATION LITERACY OF THE ELDERLY IN SENIOR CITIZEN CLUB,  
BANGKOK PUBLIC HEALTH CENTER

ธีระวัฒน์ นิลละออ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร



ธีระวัฒน์ นิลละออ

ปริญญาานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา  
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

HEALTH INFORMATION LITERACY OF THE ELDERLY IN SENIOR CITIZEN CLUB,  
BANGKOK PUBLIC HEALTH CENTER



THEERAWAT NINLAOR

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of MASTER OF ARTS  
(Information Studies)

Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

ของ

ธีระวัฒน์ นิลละออ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ..... ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิพิมล ประพินพงศกร) (รองศาสตราจารย์ ดร.ประภาส พาวินันท์)

..... ที่ปรึกษาร่วม ..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.ศุภรชชตรา แสนวา) (อาจารย์ ดร.วิภากร วัฒนสินธุ์)

ชื่อเรื่อง	การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร
ผู้วิจัย	ธีระวัฒน์ นิลละออง
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2564
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิพิมล ประพินพงศกร
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. ศุภรชชตรา แสนวา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 378 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-Test ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ ด้านการประเมินการรู้สารสนเทศสุขภาพ และด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับต่ำเช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพตามตัวแปรเพศ และรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ และรายได้ต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรู้สารสนเทศสุขภาพแตกต่างกัน

คำสำคัญ : การรู้สารสนเทศสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Title HEALTH INFORMATION LITERACY OF THE ELDERLY IN  
SENIOR CITIZEN CLUB,  
BANGKOK PUBLIC HEALTH CENTER

Author THEERAWAT NINLAOR

Degree MASTER OF ARTS

Academic Year 2021

Thesis Advisor Assistant Professor Sasipimol Prapinpongsakorn , Ph.D.

Co Advisor Sumattra Saenwa , Ph.D.

This research aims to assess the health information literacy of the elderly people in a senior citizen club at the Bangkok Public Health Center, including the comparison health information literacy among the population of the study and classified by gender, educational level and income by using quantitative research methods. The sample group used in this research consisted of 378 elderly people in a senior citizen club in the Bangkok Public Health Center by using a multistage randomization method. The data collection tools were tested. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and tested the hypothesis with t-test statistics. The results showed that the elderly people had a low level of overall health Information literacy, and when considering each aspect, found that access to health information, health information assessment and the use of health information indicated a low level of health information literacy. When comparing health information literacy by gender and income variables, it was found that the elderly with gender and different income levels had no difference of health information literacy, while elderly people with different levels of education had different levels of health information literacy.

Keyword : Health information literacy, Elderly people

## กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาหลักผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิพิมล ประพินพงศกร ที่กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้คำแนะนำทุกเรื่องในการทำปริญญาานิพนธ์ และขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. ศุภรชตรา แสนวา ที่ได้ให้คำปรึกษาและตรวจแก้ไขของปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ประภาส พาวินันท์ ประธานสอบปริญญาานิพนธ์และอาจารย์ ดร.วิภากร วัฒนสินธุ์ คณะกรรมการสอบปริญญาานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการพิจารณาคุณภาพเครื่องมือวิจัยรวมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการให้ข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ รหัส 61 ทุกคนที่คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย และที่คอยช่วยเหลือกันเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคุณแม่ และครอบครัวสำหรับกำลังใจ และความห่วงใยในการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วง

คุณค่าและประโยชน์อันพึงเกิดจากปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการีและบูรพาจารย์ทุกท่าน

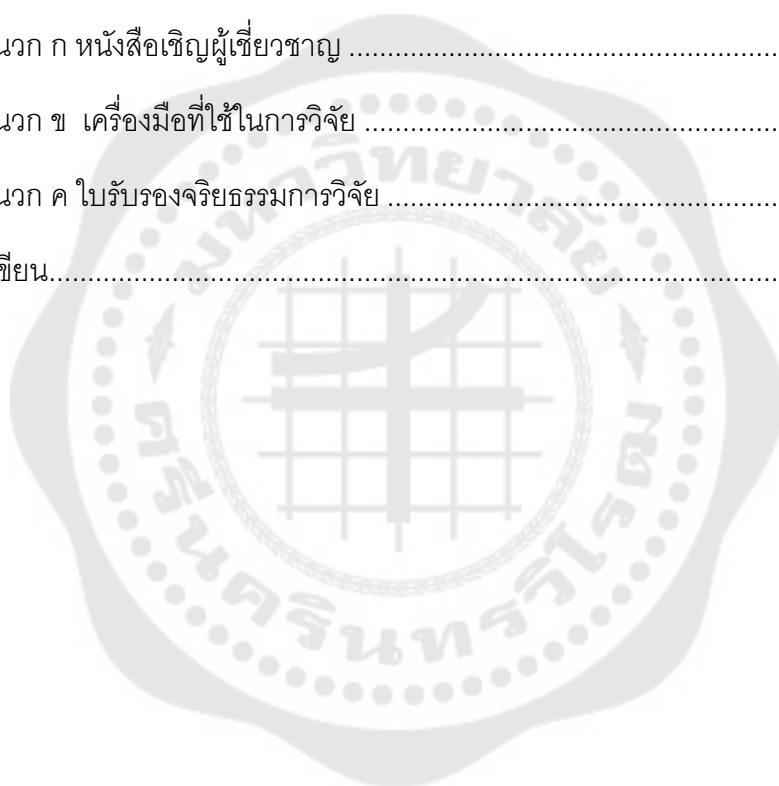
ธีระวัฒน์ นิลละออ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง .....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	6
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	6
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ตัวแปรที่ศึกษา .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	8
สมมุติฐานในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ .....	9
ความหมายของการรู้สารสนเทศสุขภาพ .....	10
ความสำคัญของการรู้สารสนเทศสุขภาพ .....	14

องค์ประกอบของการรู้สารสนเทศสุขภาพ.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	17
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	18
ทฤษฎีความสูงอายุ (Theories of aging).....	19
ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ.....	22
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.....	24
สุขภาพผู้สูงอายุ.....	25
การรู้สารสนเทศสุขภาพกับผู้สูงอายุ.....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	30
งานวิจัยในประเทศ.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	66
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	66
สมมุติฐานในการวิจัย.....	66

วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	69
อภิปรายผลการวิจัย .....	70
ข้อเสนอแนะในการวิจัย .....	75
บรรณานุกรม .....	77
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ .....	86
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	90
ภาคผนวก ค ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย .....	103
ประวัติผู้เขียน.....	107



## สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	สรุปประเด็นสำคัญจากนิยามการรู้สึกรสนเทศสุขภาพ.....	11
ตาราง 2	ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ.....	23
ตาราง 3	จำนวนชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ 46 สำนักงานเขตของ กรุงเทพมหานคร .....	47
ตาราง 4	ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ตามเขตชั้นใน เขตชั้น กลาง และเขตชั้นนอก.....	49
ตาราง 5	จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างละ 3 เขต จากเขตชั้นใน เขตชั้นกลาง และเขตชั้นนอก .....	50
ตาราง 6	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขต กรุงเทพมหานคร .....	58
ตาราง 7	ร้อยละระดับการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร .....	60
ตาราง 8	ระดับการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานครโดยรวม และรายด้าน .....	62
ตาราง 9	ผลการเปรียบเทียบระดับการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามเพศ .....	63
ตาราง 10	ผลการเปรียบเทียบระดับการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามระดับการศึกษา.....	64
ตาราง 11	ผลการเปรียบเทียบระดับการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามรายได้ .....	65

## สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....8



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ภูมิหลัง

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทยก็ดำเนินไปเช่นเดียวกับนานาประเทศ กล่าวคือการดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว มีโอกาสได้รับการศึกษาสูง มีความรู้ ทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ตลอดจนการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลสำเร็จดังกล่าวทำให้ภาวะการเจริญพันธุ์และอัตราการเกิดมีแนวโน้มที่ลดลง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากร คือ ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556, น. ก) องค์การสหประชาชาติเสนอว่า ผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึง ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สำหรับในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก ผู้สูงอายุ โดยได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ 3 ระดับ ได้แก่ 1) สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด 2) สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และ 3) สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546, น. 1)

จากคำนิยามข้างต้นประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี 2548 และคาดการณ์ว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2564 และปี พ.ศ. 2578 ตามลำดับ หากสังเกตจะพบว่า ประเทศไทยใช้เวลาในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เพียงแค่ 20 กว่าปีเท่านั้น จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

พ.ศ. 2559 ของ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงนั้นมีสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย รายงานเดียวกันนี้เผยว่า ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยจะมีประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน และมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด โดยมีการจัดอันดับพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย อันดับที่ 1 คือ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุจำนวน 936,865 คน ในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็น 978,455 คน และในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 1,020,917 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.4, 17.8 และร้อยละ 18.6 ตามลำดับ และข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,061,753 คน แสดงให้เห็นว่ากรุงเทพมหานครได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แล้ว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) เมื่อมีประชากรในประเทศมีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมาก ปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้น ๆ ของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายสาเหตุมาจากการขาดการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases; NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โคเลสเตอรอลสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน โดยพบว่าการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) รวมถึงโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคเหล่านี้ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีภาวะทุพพลภาพ (Disability) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ภาวะทุพพลภาพจะพบมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นผู้สูงอายุจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อภาระงบประมาณ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐ (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, 2557, น. 3) อีกด้วย

นอกจากนี้ในสถานการณ์ปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 ที่เริ่มต้นระบาดมาตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี 2562 นั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชนเป็นอย่างมาก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็นการระบาดใหญ่ หรือ Pandemic หลังจากเชื้อลุกลามไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก (BCC Thai, 2563, ออนไลน์) ซึ่งพบเชื้อได้ในทุกเพศ ทุกวัย

ผลจากการวิจัยอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ทั้งจากองค์การอนามัยโลก ประเทศจีน และอิตาลี พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8-19.0 (TNN Thailand, 2563, ออนไลน์) จึงต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ และต้องให้ผู้สูงอายุรับข้อมูลข่าวสาร และเข้าถึงสารสนเทศที่เป็นประโยชน์เพื่อการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและไม่ให้ติดเชื้อโควิด-19 จากสถานการณ์ต่างๆ ดังกล่าวจึงทำให้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยสูงอายุในภาพรวมทั่วประเทศหน่วยงานในภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีภารกิจในการบริหารจัดการด้านสุขภาพของประชาชนในชาติจึงให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้การปรึกษา การให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการเผยแพร่สารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ ออกเผยแพร่ รวมทั้งการนำแนวทางของสารสนเทศทางสุขภาพหรือที่เรียกกันว่า การรู้สารสนเทศสุขภาพ (Health Information literacy) มาใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ประชาชนในชาติมีสุขภาพที่แข็งแรง บรรเทาความรุนแรงจากอาการเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากการรักษาด้วยการใช้ยาเพียงวิธีการเดียว

แนวคิดเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองมีการณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีการรู้สารสนเทศสุขภาพ หลังจากนั้นคำว่า การรู้สารสนเทศสุขภาพ ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขภาพในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน การรู้สารสนเทศสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรอง โรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรู้สารสนเทศสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ โดยบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่อง การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค (Dewalt, 2004) รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลมากกว่า มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง (Baker et al., 2007) ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง

จากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุเบื้องต้น พบว่า ทางภูมิภาคยุโรปพบว่าร้อยละ 12 มีการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และร้อยละ 35 อยู่ในกลุ่มที่มีปัญหา ร้อยละ 47 มีการรู้สารสนเทศสุขภาพที่จำกัดเมื่อมีการจัดกลุ่มที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ จะพบว่าผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน อีกทั้งการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำทางสังคม และในสังคมที่ความไม่เสมอภาคทางสังคมสูงจะยิ่งขยายช่องว่างความเหลื่อมล้ำให้มากขึ้น โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำจะมีข้อจำกัดด้านการอ่านออกเขียนได้ เป็นตัวที่ส่งผลต่อสุขภาพ และข้อจำกัดในเรื่องของระดับการศึกษา เนื่องจากระดับการศึกษาสูงจะส่งผลให้การรู้สารสนเทศสุขภาพสูงตามไปด้วย และการรู้สารสนเทศที่ต่ำจะส่งผลให้ต้นทุนค่ารักษาสูงขึ้น เนื่องจากภายในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และผู้สูงอายุเมื่อมีอายุเพิ่มมากยิ่งขึ้นก็จะมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จากการสำรวจพบว่าในปี พ.ศ. 2565 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้สถิติผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย และผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครต้องประสบพบเจอภาวะมลพิษในเมืองหลวง และภาวะสุขภาพ จากผลการวิจัย ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุไทยประสบก็คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และสุขภาพ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าจะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น มีสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นภาระของบุตรหลาน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจ โดยผู้สูงอายุสามารถรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ สวัสดิการต่าง ๆ ที่หน่วยงานของรัฐจัดให้บริการผ่านสื่อต่าง ๆ ได้ (ศิริสุข นาคะเสนีย์, 2561, น. 40) นอกจากนี้ยังพบเอกสารงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้สูงอายุในบางพื้นที่ของประเทศไทยมีการรู้สารสนเทศสุขภาพระดับปานกลาง แต่ยังไม่มีความรู้ที่ชัดเจนว่าการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับใดและมีลักษณะอย่างไร และทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ คือ เป็นการศึกษาในมุมมองของการรู้สารสนเทศสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว (พฤติกรรมสุขภาพ) แต่ยังไม่พบการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติของการเข้าถึง การประเมิน และการใช้สารสนเทศสุขภาพ

และทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพซึ่งล้วนต้องอาศัยการรู้สารสนเทศสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งเรื่องการรู้สารสนเทศสุขภาพ ไม่ใช่เป็นเรื่องของภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันทำ โดยต้องเน้นด้านความรู้ในเรื่องพื้นฐานประจำวัน และส่งเสริมให้ประชาชนมีการรู้สารสนเทศสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาความสามารถในระดับบุคคล โดยมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพของตนเอง ร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าเรื่องการรู้สารสนเทศสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพเป็นอย่างไร อยู่ในระดับใด เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานหน่วยงานทางการแพทย์ สาธารณสุข หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในการนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นแนวทางหรือวางแผนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือ เฝ้าระวัง และสามารถนำไปเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### **ความมุ่งหมายของการวิจัย**

1. เพื่อประเมินการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา และรายได้

### **ความสำคัญของการวิจัย**

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในการนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปใช้ในอนาคต
2. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ สามารถใช้เป็นแนวทาง หรือวางแผนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ และสามารถนำไปเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรือพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพได้

### ขอบเขตของการวิจัย

#### ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 46 เขต จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 14,903 คน (สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร, 2561)

#### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร 46 เขต ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) รวมทั้งสิ้นจำนวน 378 คน ซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยกว่าขั้นต่ำที่กำหนดไว้ในตารางกำหนดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970, p. 608)

#### ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งเป็น ดังนี้

1.1 เพศ

1.1.1 ชาย

1.1.2 หญิง

1.2 ระดับการศึกษา

1.2.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

1.2.2 ปริญญาตรีขึ้นไป

1.3 รายได้

1.3.1 น้อยกว่า 5,000 บาท

1.3.2 มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป

## 2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การรู้สารสนเทศสุขภาพ แบ่งเป็น ดังนี้

- 2.1 การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ
- 2.2 การประเมินสารสนเทศสุขภาพ
- 2.3 การใช้สารสนเทศสุขภาพ

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การรู้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึง รู้ถึง ความต้องการสารสนเทศสุขภาพ และระบุแหล่งสารสนเทศสุขภาพ รวมทั้งการประเมินคุณค่าของ สารสนเทศสุขภาพที่ค้นหาได้ และใช้สารสนเทศสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ โดย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1.1 การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระบุและแสดงความ ต้องการสารสนเทศสุขภาพของตนได้ชัดเจน และสามารถระบุประเภทและรูปแบบของแหล่ง สารสนเทศ เลือกวิธีการศึกษาหรือระบบการค้นคืนสารสนเทศได้เหมาะสมกับสารสนเทศที่ ต้องการ การกำหนดกลยุทธ์การค้นหาสารสนเทศ และดำเนินการค้นหาสารสนเทศโดยใช้วิธีการ ต่าง ๆ ได้

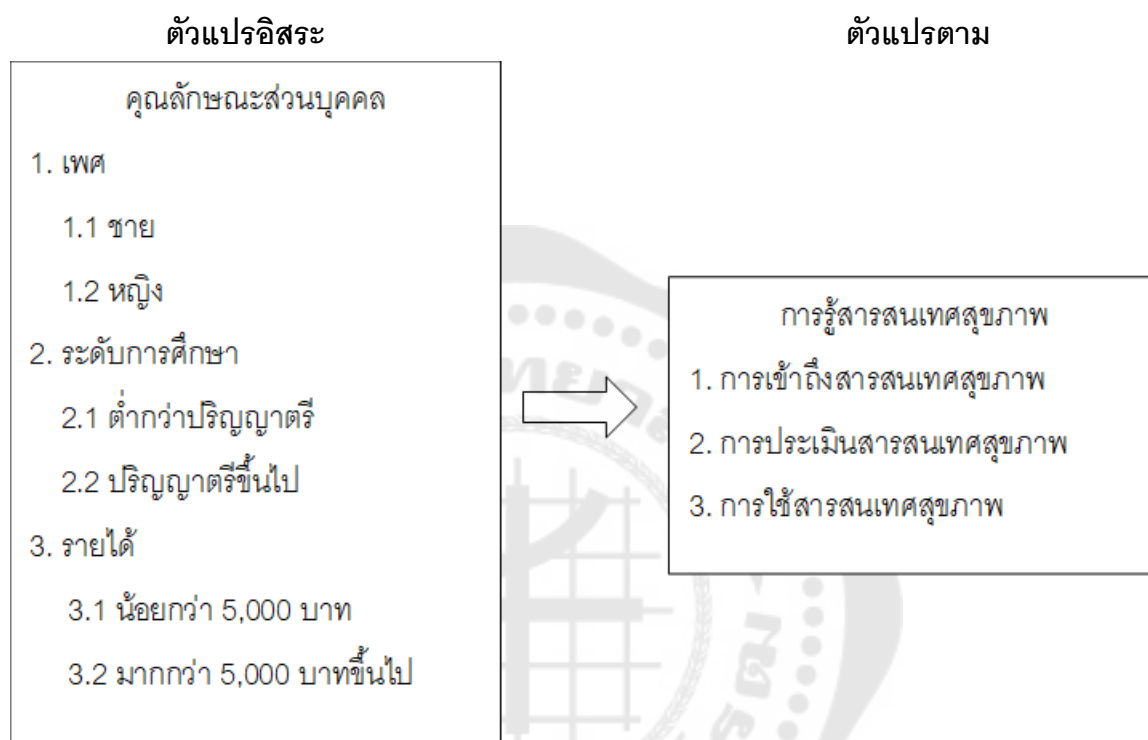
1.2 การประเมินสารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการใช้สารสนเทศ สุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถตรวจสอบความเที่ยงตรง และความถูกต้องของ สารสนเทศสุขภาพได้

1.3 การใช้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถใช้อินเทอร์เน็ตสุขภาพอย่างมี ประสิทธิภาพเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ประกอบกับการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพที่ดีได้ และ สามารถใช้อินเทอร์เน็ตสุขภาพอย่างมีจริยธรรมและถูกต้องตามกฎหมาย

2. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและเป็นสมาชิกของ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยสามารถออกแบบกรอบแนวคิดในการวิจัยเรื่อง การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ ดังนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครที่มีเพศแตกต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรู้สารสนเทศสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครที่มีรายได้แตกต่างกัน มีการรู้สารสนเทศสุขภาพแตกต่างกัน

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ
  - 1.1 ความหมายของการรู้สารสนเทศสุขภาพ
  - 1.2 ความสำคัญของการรู้สารสนเทศสุขภาพ
  - 1.3 องค์ประกอบของการรู้สารสนเทศสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
  - 2.2 ทฤษฎีความสูงอายุ
  - 2.3 ความต้องการและการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ
  - 2.4 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
  - 2.5 สุขภาพผู้สูงอายุ
  - 2.6 การรู้สารสนเทศสุขภาพกับผู้สูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 3.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
  - 3.2 งานวิจัยในประเทศ

#### แนวคิดเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ (Health Information literacy) ปรากฏขึ้นครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษาในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso, 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีการรู้สารสนเทศสุขภาพหลังจากนั้นคำว่า Health Information literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และสื่อสารมวลชน (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554, น. 10)

### ความหมายของการรู้สารสนเทศสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสารพบว่ามี การแปลเป็นภาษาไทยไว้หลายคำ เช่น ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และ ความฉลาดทางสุขภาพ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การรู้สารสนเทศสุขภาพ (Health Information literacy) ซึ่งนิยามการรู้สารสนเทศสุขภาพ มีหลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ให้ความหมายการรู้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของอิชิคาวาและคนอื่น ๆ (Ishikawa et al., 2008) และเพลเซนต์ และคูรูวิลลา (Pleasant & Kuruville, 2008) ว่าเป็น ความความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม หรือเพื่อลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ จะเห็นได้ว่านิยามข้างต้นจะเกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศสุขภาพเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ยังมีนักวิชาการที่มีชื่อเสียงอีกท่านหนึ่งคือนัทบีม Nutbeam (2000) ได้ให้นิยามการรู้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ทักษะส่วนบุคคล ด้านความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและดำรงสุขภาพที่ดีรวมทั้งพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง สำหรับในประเทศไทย กองสุขศึกษา (2561, น. 6) นิยามว่า เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

นิยามความหมายของการรู้สารสนเทศสุขภาพ ดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการ ค้นหา การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของการรู้สารสนเทศ (Information literacy) ซึ่งจากความหมายของสมาคมห้องสมุดวิทยาลัยและวิจัยแห่งสหรัฐอเมริกา Association of College and Research Libraries (2000, Online) กล่าวว่าการรู้สารสนเทศเป็นกลุ่มของทักษะความสามารถที่จะวิเคราะห์ได้ว่าเมื่อใดต้องการสารสนเทศ มีความสามารถในการกำหนดแหล่ง ประเมิน และใช้สารสนเทศที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นผู้รู้สารสนเทศ (Information literate person) ซึ่งการรู้สารสนเทศเป็นพื้นฐานของการรู้สารสนเทศในเรื่องต่าง ๆ สำหรับการรู้สารสนเทศสุขภาพ นั้นจะเน้นไปที่บริบท ของการ

เข้าถึงสารสนเทศด้านสุขภาพ ซึ่งมีหน่วยงานที่ได้ให้ความหมายของการรู้สารสนเทศสุขภาพไว้เป็นอย่างดี คือ สมาคมห้องสมุดแพทย์อเมริกัน (Medical Library Association, 2007, Online) ได้กำหนดนิยามของคำว่า การรู้สารสนเทศสุขภาพ ว่าหมายถึง ชุดของความรู้ความสามารถที่จำเป็นในการตระหนักถึงความต้องการสารสนเทศสุขภาพ ระบุแหล่งสารสนเทศ และใช้แหล่งสารสนเทศในการค้นคืนสารสนเทศที่ตรงกับความต้องการ การประเมินคุณภาพของสารสนเทศที่ตรงกับความต้องการ การประเมินคุณภาพของสารสนเทศและการนำสารสนเทศไปใช้ ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ เข้าใจและใช้สารสนเทศประกอบการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพที่ดีได้

จะเห็นได้ว่า ความหมายของการรู้สารสนเทศสุขภาพมีความใกล้เคียงกับความหมายของการรู้สารสนเทศในบริบทของความสามารถในบุคคลในการเข้าถึงสารสนเทศ การประเมินสารสนเทศ และการใช้สารสนเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เห็นถึงนิยามของการรู้สารสนเทศสุขภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปนิยามที่เป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ ไว้ดังตาราง 1

ตาราง 1 สรุปประเด็นสำคัญจากนิยามการรู้สารสนเทศสุขภาพ

ประเด็นสำคัญของการรู้สารสนเทศสุขภาพ	World Health Organization (1998)	Nutbeam (2000)	Medical Library Association (2007)	Ishikawa et al. (2008)	Pleasant and Kuruvilla (2008)	กองสุขศึกษา (2561)
การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การประเมินสารสนเทศสุขภาพ		✓	✓	✓	✓	✓

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเด็นสำคัญ ของการรู้ สารสนเทศ สุขภาพ	World Health Organization (1998)	Nutbeam (2000)	Medical Library Association (2007)	Ishikawa et al. (2008)	(Pleasant & Kuruville, 2008)	กองสุข ศึกษา (2561)
การใช้	✓	✓	✓	✓	✓	✓
สารสนเทศ						
สุขภาพ						

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยสรุปความหมายของการรู้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง รู้ถึงความต้องการสารสนเทศสุขภาพ และระบุแหล่งสารสนเทศสุขภาพ รวมทั้งการประเมินคุณค่าของสารสนเทศสุขภาพที่ค้นหาได้ และ ใช้สารสนเทศสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้ 3 ด้านหลักคือ การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ การประเมินสารสนเทศสุขภาพ และใช้สารสนเทศสุขภาพ ส่วนประเด็นย่อยในแต่ละด้านนอกจากจะสังเคราะห์เนื้อหาจากเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการระบุตัวชี้วัดและการอธิบายข้อมูลจากมาตรฐานการรู้สารสนเทศในระดับอุดมศึกษาของ สมาคมห้องสมุดวิทยาลัยและห้องสมุดวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มเติม (Association of College and Research Libraries, 2000) เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการรู้สารสนเทศที่สำคัญและมีการใช้ต่อยอดไปยังการรู้สารสนเทศในบริบทอื่นๆ อีก รวมถึงมีประเด็นที่คล้ายคลึงกันกับกรอบประเด็นเนื้อหาการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิธีการระบุตัวชี้วัดที่ใช้คำอธิบายอย่างไรจึงจะสามารถระบุสิ่งที่ต้องการประเมินในด้านนั้นๆ ได้ชัดเจน สรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระบุและแสดงความต้องการสารสนเทศสุขภาพของตนได้ชัดเจน และสามารถระบุประเภทและรูปแบบของแหล่งสารสนเทศ เลือกวิธีการศึกษาหรือระบบการค้นคืนสารสนเทศได้เหมาะสมกับสารสนเทศสุขภาพที่ต้องการ การกำหนดกลยุทธ์การค้นหาสารสนเทศ และดำเนินการค้นหาสารสนเทศโดยใช้วิธีการต่าง ๆ ได้ ประกอบด้วย

1.1 ผู้สูงอายุสามารถกำหนดขอบเขตของสารสนเทศสุขภาพที่ต้องการใช้ได้

1) ผู้สูงอายุสามารถระบุและแสดงความต้องการสารสนเทศสุขภาพของตนได้

ชัดเจน

2) ผู้สูงอายุสามารถระบุประเภทและรูปแบบของแหล่งสารสนเทศสุขภาพต่าง ๆ ที่น่าจะมีสารสนเทศสุขภาพที่ต้องการใช้ได้

1.2 ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1) ผู้สูงอายุสามารถกำหนดกลยุทธ์การค้นหาสารสนเทศสุขภาพและดำเนินการตามกลยุทธ์ที่ออกแบบไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ผู้สูงอายุสามารถค้นหาสารสนเทศสุขภาพทางออนไลน์โดยใช้วิธีการต่าง ๆ ได้

2. การประเมินสารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการใช้สารสนเทศสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถตรวจสอบความเที่ยงตรง และความถูกต้องของสารสนเทศสุขภาพได้ ประกอบด้วย

2.1 ผู้สูงอายุสามารถประเมินสารสนเทศสุขภาพและแหล่งสารสนเทศได้อย่างมีวิจารณญาณ โดยที่ผู้สูงอายุสามารถตรวจสอบและเปรียบเทียบสารสนเทศสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ หลาย ๆ แหล่งเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของเนื้อหา ความเที่ยงตรง ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของสารสนเทศสุขภาพได้

3. การใช้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถใช้สารสนเทศสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ประกอบกับการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพที่ดีได้ และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามกฎหมาย ประกอบด้วย

3.1 ผู้สูงอายุสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่ผู้สูงอายุสามารถใช้อินเทอร์เน็ตที่มีอยู่ให้บรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบกับการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพที่ดีได้

3.2 ผู้สูงอายุสามารถใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามกฎหมาย โดยที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมีประสิทธิภาพ และถูกต้องตามกฎหมาย

## ความสำคัญของการรู้สารสนเทศสุขภาพ

สมาคมห้องสมุดแพทย์อเมริกัน (Medical Library Association, 2007, Online) ได้อธิบายถึงความสำคัญของการรู้สารสนเทศสุขภาพที่มีต่อประชาชน 4 ประการคือ 1) ประชาชนมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งบรรณารักษ์ทางการแพทย์สามารถช่วยชี้แนะและประเมินสารสนเทศทางสุขภาพได้ 2) ประเทศเผชิญกับความท้าทายใหม่ในศตวรรษที่ 21 คือการช่วยประชาชนให้เข้าใจและใช้สารสนเทศสุขภาพ 3) สารสนเทศสุขภาพในปัจจุบันนี้มีปรากฏอยู่ในทุกที่ การได้รับสารสนเทศที่ถูกต้องจึงเป็นเรื่องยาก และ 4) ประชาชนที่มีสุขภาพดีจะถามคำถามต่าง ๆ เมื่อไปพบแพทย์ โดยดูเหมือนว่ามีความเข้าใจประเด็นสุขภาพต่าง ๆ ของตนเอง

นอกจากนี้ ชวีญเมือง แก้วดำเกิง (2561, น. 5-6) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรู้สารสนเทศสุขภาพซึ่งแบ่งไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ความสำคัญในระดับบุคคล บุคคลที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพจะมีความสำคัญในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่าง ๆ ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมและการงานได้อย่างเข้มแข็งไม่ถูกหลอกหรือมีพฤติกรรมที่ผิดพลาดส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง จนเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรง หรือต้องรักษาตัวเรื้อรัง ทำให้ต้องขาดงาน เกิดความสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นภาระแก่คนใกล้ชิดหรือครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพ จะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้ และสามารถช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีได้ด้วย

2. ความสำคัญในระดับหน่วยงาน หน่วยงานหรือองค์กรใดมีบุคลากรที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ จะเกิดผลเสียต่องานบริการและการสร้างสรรค์ผลงาน บุคคลเหล่านี้มักสร้างแบบอย่างที่ไม่ถูกต้องหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง ก่อให้เกิดปัญหาแก่หน่วยงานในการจัดการแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นบุคลากรสาธารณสุขจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการและกลายเป็นสิ่งเหนี่ยวรั้งการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพจึงสะท้อนถึงศักยภาพในการสร้างสรรค์ผลงานที่มีคุณภาพ ส่งผลดีต่องานบริการและการผลิตผลงานทำให้หน่วยงานมีรายได้ที่ดี มีชื่อเสียง และมีความมั่นคงในระยะยาว

3. ความสำคัญในระดับสังคมและประเทศชาติ หากประชาชนของประเทศมีการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บพื้นฐานที่สามารถป้องกันได้หรือเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่อายุยังน้อย จะเป็นการเพิ่มภาระการทำงานแก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรในโรงพยาบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพอย่างมาก และทำให้ประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการจัดซื้อเครื่องมือ

อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ซึ่งมีราคาแพงจากต่างประเทศ รวมทั้งเกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

### องค์ประกอบของการรู้สารสนเทศสุขภาพ

องค์ประกอบของการรู้สารสนเทศสุขภาพที่มีการนำมาใช้พัฒนาและเผยแพร่แล้ว ซึ่งมีของนักวิชาการและหน่วยงาน ได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญสำหรับการพัฒนา และเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ มีดังนี้

1. แนวคิดการพัฒนาการรู้สารสนเทศสุขภาพของนักปฎิบัติ Nutbeam (2008) ได้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกรณีบุคคลการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีวิจัยการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมคุณภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นองค์ประกอบที่ได้พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

2. การพัฒนาแบบ e-Health Literacy Scale (eHEALS) เพื่อศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพในกลุ่มเยาวชน อายุ 13-14 ปี ที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในประเทศแคนาดา นอร์แมน และสกินเนอร์ (Norman & Skinner, 2006) กำหนดองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ (knowledge) 2) ความสะดวก (comfort) 3) การรับรู้ทักษะการค้นหา (perceived skills at finding) 4) การประเมิน (evaluating) และ 5) การนำข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ไปใช้ (applying)

3. องค์ประกอบการรู้สารสนเทศสุขภาพของชาวแคนาดา ศูนย์ระบบข้อมูลวิจัยทางการศึกษาของชาวแคนาดา หรือ The Canadian Education Research Information System (CERIS) ได้เผยแพร่องค์ประกอบของการรู้สารสนเทศสุขภาพสำหรับชาวแคนาดา 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ทักษะการนับจำนวน (Quantitative) 2) การรู้อย่างมีเหตุผล (Scientific) 3) การรู้เทคโนโลยี (Technological literacy) 4) การรู้วัฒนธรรม (Cultural literacy) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) การรู้ทางคอมพิวเตอร์ (Computer literacy) เบกอร์เรย์ และควาน (Begoray & Kwan, 2011)

4. องค์ประกอบการพัฒนาการรู้สารสนเทศสุขภาพของประชาชนในประเทศยุโรป กลุ่มประเทศยุโรป 8 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย บัลแกเรีย เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ และสเปน ได้มีการสำรวจระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของประชาชนตามโครงการ The European Health Literacy Survey (HLS-EU) ระหว่างปี ค.ศ. 2009-2012 กำหนดองค์ประกอบของการรู้สารสนเทศสุขภาพ ได้แก่ 1) การรู้หนังสือ (Literacy) 2) ความรู้ (Knowledge) 3) แรงจูงใจ (Motivation) 4) สมรรถนะในการเข้าถึง (Competences to access) 5) ทำความเข้าใจ (Understand) 6) การประเมิน (Appraise) 7) นำไปใช้ (Apply) ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเรื่องสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเพื่อบำรุงหรือปรับปรุงคุณภาพชีวิต โซเรนเซน และคนอื่น ๆ (Sorensen et al., 2015)

5. องค์ประกอบการพัฒนาการรู้สารสนเทศสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศญี่ปุ่น ตามโครงการศึกษานำร่องเพื่อพัฒนาเครื่องมือการประเมินการรู้สารสนเทศสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Function health literacy) การรู้สารสนเทศขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และการรู้สารสนเทศสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาล เมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น อิชิกาวาและคนอื่น ๆ (Ishikawa et al., 2008) กำหนดองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) 2) เข้าใจ (Understand) 3) ตัดสินใจด้านสุขภาพ (Health-related decisions) และ 4) ใช้ข้อมูลสุขภาพ (Use health information)

6. กรอบแนวคิดการประเมินการรู้สารสนเทศสุขภาพในกลุ่มประเทศจีน ฉิน (Shen, 2015) ได้กำหนดองค์ประกอบการรู้สารสนเทศสุขภาพตามประกาศของกระทรวงสุขภาพ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ประกอบด้วย 1) ความรู้และเจตคติ (Knowledge & Attitudes) 2) พฤติกรรมและวิถีชีวิต (Behavior & Lifestyle) 3) ทักษะที่จำเป็นต่อสุขภาพ (Health-related skills) ครอบคลุมขอบเขตเนื้อหา 6 ด้าน ได้แก่ โรคติดเชื้อ โรคไร้เชื้อเรื้อรัง การปฐมพยาบาลและความปลอดภัย การรักษาพยาบาล ทักษะในการดูแลสุขภาพ และข้อมูลสุขภาพ คำถามมีลักษณะการตอบ 4 แบบตอบถูก-ผิด แบบคำตอบถูกข้อเดียว แบบคำตอบถูกหลายข้อ และแบบคำถามตามสถานการณ์ มีคำตอบ 4 ตัวเลือก

7. องค์ประกอบของการรู้สารสนเทศสุขภาพของกองสุขศึกษา ประเทศไทย จากการศึกษาของกองสุขศึกษาพบว่า คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มการรู้สารสนเทศสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือ และสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และดูแลสุขภาพอย่างได้

อย่างเหมาะสม โดยยึดหลักการของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่จำแนกคุณลักษณะของการรู้สารสนเทศสุขภาพเป็น 3 ระดับ ซึ่งคณะทำงานของกองสุขภาพศึกษา ได้ยกร่างแนวทางการจำแนกระดับการพัฒนาตามคุณลักษณะสำคัญที่กำหนดขึ้นร่วมกับภาคีเครือข่ายสำหรับใช้เป็นแนวทางพัฒนาเครื่องมือการวัดระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ โดยกำหนดคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มการรู้สารสนเทศสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (กองสุขภาพศึกษา, 2561, น. 6-8)

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

### แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการตายที่ลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ ตั้งแต่ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ประชากรของไทยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ และอายุขัยเฉลี่ยของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปก็ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเคลื่อนไปสู่ระยะที่ว่า ภาวะประชากรสูงอายุ (ขวัญใจ อำนาจสัจยชี้อ และคนอื่น ๆ, 2555, น. 199) สำหรับประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ

ระดับสมบูรณใน พ.ศ. 2564 หมายถึง สังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด โดยคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562, น. 8) กล่าวโดยรวม คือ ประเทศไทยจะก้าวจากสังคมผู้สูงอายุ เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในเวลาเพียง 20 กว่าปีเท่านั้น (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556, น. 1)

ประเทศไทยเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงควรมีการเตรียมการเพื่อรองรับ หากมีผู้สูงอายุมากขึ้น สัดส่วนคนทำงานจะลดลง ผลผลิตโดยรวมก็จะลดลงตามไปด้วย ส่งผลให้รายได้ของประเทศลดลงอาจเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศได้ ผู้สูงอายุที่ต้องเกษียณจากงานไม่มีรายได้ต้องอาศัยรายได้จากเงินที่เก็บออมไว้ถ้าหากไม่มีเงินออมที่มากพอก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และเป็นภาระแก่สังคมที่ต้องคอยช่วยเหลือจัดสวัสดิการต่าง ๆ ให้เหมาะสมและเพียงพอ เมื่อถึงวัยสูงอายุสภาพร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงต้องมีการปรับตัว และที่สำคัญปัญหาด้านสุขภาพก็จะตามมา ซึ่งทั้งหมดเป็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนควรมีการเตรียมการเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่จะมีเพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2556, ออนไลน์)

### **ความหมายของผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุ หรือ ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่า มีอายุมากโดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุขำรดทรดโทรม นอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก และองค์การสหประชาชาติ ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person หรือ elderly person (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556, น. 2)

ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยาม "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม วัฒนธรรม และสภาพร่างกาย สำหรับในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562, น. 10) หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย

โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45 - 55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55- 75 ปี (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556, น. 2)

ประภาพร จินนทุยา และคนอื่น ๆ (2545, น. 172) ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มอายุระหว่าง 55-64 ปี
- 2) กลุ่มอายุระหว่าง 65-74 ปี
- 3) กลุ่มอายุระหว่าง 74-84 ปี
- 4) กลุ่มอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 85 ปี

สำหรับประเทศไทย ได้นิยามผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2546, น. 1) สำหรับในงานวิจัยนี้ได้กำหนดนิยามผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ดังกล่าวข้างต้น

### ทฤษฎีความสูงอายุ (Theories of aging)

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งทีหลีกเลียงไม่ได้ก็คือ ความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสูงอายุ ต้องอาศัยหลาย ๆ ทฤษฎีมาประกอบความสูงอายุ ซึ่งมีการแบ่งกลุ่มทฤษฎีไว้ 2 กลุ่ม ดังนี้ (พนัชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2561, น. 9-12)

#### 1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories of aging)

ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ เป็นทฤษฎีเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงสภาพที่เกิดขึ้นในร่างกาย เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลกระทบของความสูงอายุ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง จนกระทั่งไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเหมือนวัยอื่น ๆ ทฤษฎีความสูงอายุชีวภาพ ได้แก่

1.1 ทฤษฎีชีวภาพ (Biological theory) ได้แก่ พันธุกรรม และทฤษฎีที่ไม่ใช่พันธุกรรม ช่วยทำให้เข้าใจผลที่มีต่อสิ่งมีชีวิต ความแตกต่างของแต่ละบุคคล ระบบอวัยวะ และความเสื่อมถอยที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยซึ่งช่วยให้เกิดความคิดในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ

1.2 ทฤษฎีความสูงวัย (Aging theory) ประกอบด้วยทฤษฎีชีวภาพและทฤษฎีทางสังคม ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ แต่ยังไม่สามารถบอกสาเหตุเฉพาะของความสูงวัยได้

1.3 ทฤษฎีการสึกหรอ (Wear theory) เป็นผลของอนุมูลอิสระ ระบบร่างกายสึกหรอเนื่องจากความเครียดของชีวิต และผลกระทบของเมตาบอลิซึม

1.4 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free-radical theory) อนุมูลอิสระหรือเคมีที่ประกอบกรออกซิเจนและมีปฏิกิริยากับสารเคมีโลกอื่น ๆ ขณะที่เมตาบอลิซึม ตามปกติทำให้เกิดความสูงอายุหรือชราภาพ

1.5 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity theory) เนื่องจากต่อมไทมัส และเซลล์ในไขกระดูกถูกกระทบกระบวนการสูงอายุ ทำให้การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันลดลง ความสามารถในการต่อต้านสิ่งแปลกปลอมลดลงจึงไวต่อการเกิดโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันตนเองมากขึ้น (สฤณมา บุญนรากร, 2555, น. 254-255)

1.6 ทฤษฎีความเสื่อมน (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้อธิบายเกี่ยวกับการใช้งานเซลล์ เมื่อเซลล์ของร่างกายเหมือนเครื่องจักร ได้มีการถูกตั้งโปรแกรมการใช้งานเอาไว้ล่วงหน้า เมื่อมีการใช้งานเครื่องจักรมากขึ้น อายุการใช้งานของเครื่องจักรมากขึ้น ทำให้มีการเสื่อมสภาพมากขึ้น ซึ่งยากแก่การซ่อมและดูแลรักษา จึงทำให้เครื่องจักรไม่สามารถทำงานได้ในที่สุด ต่อมาได้มีการศึกษาเพิ่มเติมว่า ถ้าคนเรามีการออกกำลังกายอยู่สม่ำเสมอ จะช่วยให้มีการรักษาเสถียรภาพของระดับหน้าที่ในการทำงานในร่างกาย ซึ่งอาจจะช่วยลดการใช้งานของร่างกายได้เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องจักรแล้ว ถ้าเรามีการดูแลบำรุงรักษาเครื่องจักรอย่างสม่ำเสมออาจจะช่วยให้เครื่องจักรมีอายุการใช้งานไปอีกนาน (ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุวีร์ ชันธวัชวงศ์, 2549, น. 10)

1.7 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory) โดยปกติการทำงานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ จะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย เช่น ต่อมไต้สมอง โดยเฉพาะต่อมไต้สมองส่วนหน้า จะเสื่อมน้ำที่ลงอย่างรวดเร็ว ฮอร์โมนต่ำ ซึ่งเป็นผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเสื่อมสมรรถภาพและเล็กลง ต่อมไทรอยด์ จะมีขนาดเล็กลงหลังอายุ 50 ปีไปแล้ว และตับอ่อนจะผลิตอินซูลินได้น้อยลง เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

## 2. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตวิทยาสังคม (Psychosocial theories of aging)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุมักจะเป็นพร้อม ๆ กัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งเกี่ยวกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัวและการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.1 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการให้ ผู้สูงอายุยอมรับว่า บุคคลเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุบทบาทและหน้าที่ของตนเองลดลง บุตรหลานและ ชุมชนมักให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ ถดถอยไปที่ละน้อย จากคนในสังคม หรือต้องการปล่อยวางเป็นอิสระ ผู้สูงอายุจะมีความพอใจเป็นอย่างมาก ถ้าอยู่ใน สภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม ได้รับการยอมรับและความเคารพจากผู้อื่นน้อยลง เช่น สัมพันธภาพ กับเพื่อนร่วมงานลดลง เกษียณอายุ สูญเสียคู่ชีวิต หหมดสภาพของการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นต้น กระบวนการของความสูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับอิสระกฎเกณฑ์ ต่าง ๆ ของสังคม ทฤษฎี ไม่ได้บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ถดถอยนี้ แต่ผู้สูงอายุจะมีความพอใจ อย่างมากถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม

2.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The activity theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงลักษณะของ สังคมจะต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมอยู่เสมอ ไม่ถอนตัวเองออกจากสังคมและ สิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตถ้ายังคงมีกิจกรรมในสังคม ซึ่งการทำกิจกรรมจะ ช่วยส่งเสริมผู้สูงอายุมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้รู้สึกว่าคุณ เป็น ส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ ดังนั้นจึงตระหนักให้ ผู้สูงอายุมีกิจกรรมเมื่ออายุมากขึ้น ในสังคมปัจจุบันจะปฏิเสธคนไม่มีกิจกรรม ควรกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่อไปเพื่อความมั่นคงและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและมีความสุขต่อไป

2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสุขของผู้สูงอายุ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและระบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลที่ได้ ดำเนินชีวิตที่มีมาในอดีต กล่าวคือบุคคลที่เคยมีบทบาทและทำกิจกรรมร่วมกันในสังคมมาก่อน เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่จะมีกิจกรรมเช่นเดิมต่อไปอีก ทฤษฎีนี้เป็นการสะท้อนของบุคลิกภาพของแต่ละ บุคคล โดยสะท้อนให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะนิสัย และตัดสินใจอารมณ์ และความพอใจ ความเชื่อ ค่านิยม และปัจจัยอื่น ๆ เป็นอย่างไรในชีวิตที่ผ่านมา ส่งผลต่อบุคลิกภาพของเขาในวัย ต้น ๆ ของชีวิต ผู้สูงอายุที่ชอบกิจกรรมร่วมกันในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ก็จะยอมจะแตกตัวออกจากสังคมเมื่อ อายุมากขึ้น

2.4 ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึง บุคคลจะมีลำดับขั้นตอนของความต้องการไม่เหมือนกัน การพยายามทำเพื่อให้ได้มาซึ่งความ ต้องการจะเป็นแรงจูงใจทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่ง Maslow ได้กล่าวถึงความ ต้องการพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการทางร่างกาย ความปลอดภัย ความรัก การมีคุณค่าในตนเอง

และการยอมรับจากผู้อื่น ตามลำดับขั้นตอน ความต้องการ เมื่อได้รับการตอบสนองของความต้อการในระดับหนึ่ง เขาจะพยายามที่จะแสวงหาความต้องการในระดับที่สูงขึ้น ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองแล้ว ผู้สูงอายุจึงต้องการที่จะเป็นผู้มีอำนาจในตนเอง มีความเป็นอิสระตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้างและเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป (ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุวี ษัณธ์รักษวงศ์, 2549, น. 10)

### **ความต้องการและการตอบสนองของความต้อการของผู้สูงอายุ**

โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความต้องการ สรุปได้ ดังนี้ (บังอร ธรรมศิริ, 2549, น. 47-48)

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมตามฤดูกาล และต้องการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
2. ความต้องการทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับนับถือ การเข้าใจ การเห็นอกเห็นใจ และการให้อภัย
3. ความต้องการทางด้านสังคม ผู้สูงอายุต้องการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะเพื่อน การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น
4. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง ช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคมและทำบุญ รวมทั้งเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย

สำหรับการตอบสนองของความต้อการของผู้สูงอายุ คนในครอบครัวควรให้การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้ (พนัชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2561, น. 12)

1. ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย โดยดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย เช่น จัดให้ผู้สูงอายุมที่มีพักพิงอาจจะอยู่ในบ้านร่วมกับลูกหลานหรือญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น แวนตา ไม้เท้า เครื่องฟัง เป็นต้น
2. ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ โดยเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรักความเคารพ ยกย่อง ยอมรับนับถือ ฟังผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ชีวิต ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดงานวันเกิด การพาผู้สูงอายุไปเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสม เป็นต้น

3. ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม โดยแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามที่ผู้สูงอายุต้องการ และพยายามสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และสังคมที่เหมาะสมตามกำลังความสามารถที่จะทำได้ เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจโดยรับภาระค่าใช้จ่าย ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการหาเงินเพื่อเลี้ยงชีพตนเอง รวมทั้งบุตรหลานหรือครอบครัวไม่ควรเบียดเบียนด้านการเงินกับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการเงิน

ส่วน (สุทธิพงษ์ บุญผดุง, 2544, น. 13) ได้สรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ	การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
1. ทางด้านร่างกาย	1. ทางด้านร่างกาย
1.1. ความต้องการอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ การขับถ่าย	1.1 ดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนและการขับถ่าย
1.2 การมีที่อยู่ปลอดภัย	1.2 จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย
1.3 การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม	1.3 จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ให้เหมาะสมตามฤดูกาล
1.4 การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	1.4 พาผู้สูงอายุไปรับการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
2. ทางด้านจิตใจ	2. ทางด้านจิตใจ
2.1 การดูแลเอาใจใส่	2.1 การพูดคุยอย่างสม่ำเสมอให้ความรัก
2.2 การยอมรับนับถือ	2.2 การให้ความเคารพ ยกย่อง การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ
2.3 การเห็นอกเห็นใจและการให้อภัย	2.3 การแสดงออกถึงความเข้าใจและเอื้ออาทรกับผู้สูงอายุ

## ตาราง 2 (ต่อ)

ความต้องการของผู้สูงอายุ	การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
3. ทางด้านสังคม ได้แก่ การมีกิจกรรมทางสังคม	3. ทางด้านสังคม ได้แก่ การพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในครอบครัวตามกำลังความสามารถที่จะทำได้
4. ทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ	4. ทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายเท่าที่จะช่วยได้ การไม่เบียดเบียน ด้านการเงินกับผู้สูงอายุ

### การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง สามารถแบ่งได้ ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562, น. 12; พันธ์กร ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2561, น. 33-36)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นในทุกอวัยวะตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุนี้นี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มองเห็นได้ เช่น ผมมีหงอกขาว ผมจะบางลง และแข็งแรงน้อยลงทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ผิวหนังเหี่ยวย่น และแพ้ง่าย สายตายาว ได้ยินไม่ชัดเจน เนื่องจากประสาทหูเสื่อม ริมฝีปากแห้ง การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป ชอบบรสจัดขึ้น เป็นต้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มองไม่เห็น เช่น ชั้นไขมันหนาขึ้น กระดูกบางลง ข้อต่อและเส้นเอ็นยึดหยุ่นน้อยลง การขยายตัวของปอดและหลอดลมมีความยืดหยุ่นน้อยลง ย่อยอาหารได้ช้า ความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยลงทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลง และต้องมีการปรับตัวให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิด โกรธง่าย เหนงา สาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การสูญเสียคู่สมรส บุตรแต่งงานแยกครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเหว่ รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่รู้จะพึ่งใคร ทำให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้า และสาเหตุจากการสูญเสียทางสังคม เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การปลดเกษียณจากการทำงาน ทำให้เกิด

ความรู้สึกเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียรายได้ เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคม ถูกทอดทิ้ง โดยรู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย ขาดความมั่นใจ และความปลอดภัย ผู้สูงอายุมักจะชดเชยตัวเองด้วยการสะสมข้าวของ การย้ายคิดย้ายทำ การบ่น อาการไม่คงที่ โกรธง่าย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม และประสบการณ์ที่ผ่านมา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548, น. 22)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม พบว่าแบบแผนการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงเพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตใหม่ ทำให้ขาดความคุ้นเคย และเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง สังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง การมีกิจกรรมน้อยลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่บทบาทในครอบครัวจากผู้ให้ผู้อื่นพึ่งพิง กลับเป็นต้องพึ่งพาคนอื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ขาดการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนจากสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง และนำไปสู่การแยกห่างจากสังคมอย่างสิ้นเชิง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2561, น. 26)

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุจะมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวมากขึ้น ให้ความสำคัญมากขึ้น ในการศึกษาปฏิบัติธรรมตามคำสอนในศาสนา เข้าใจความหมายแห่งความทุกข์ การให้อภัย การให้ความรัก และยอมรับจากความรักจากผู้อื่น ตลอดจนมักคิดถึงกาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต ความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมุ่งสร้างคามดีงามให้แก่ตนเองมากขึ้น (สฤณา บุญนรากร, 2555, น. 262)

### สุขภาพผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ เป็นผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ประกอบกับการปฏิบัติดูแลตนเองไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม วิถีชีวิตตั้งแต่วัยเด็ก กรรมพันธุ์ และสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จนเกิดเป็นโรคและปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา นอกจากปัญหาทางด้านสุขภาพทางกายแล้วผู้สูงอายุยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลง การมีอายุยืนยาวที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและปราศจากโรคและปัญหาสุขภาพนั้น ต้องรู้จักดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560; พันชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2561) ซึ่งแบ่งออกเป็นประเด็น ดังนี้

1. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ โรคกรดไหลย้อน โรคไตเรื้อรัง ไตวาย โรคข้อเข่าเสื่อม โรคต่อกระฉก โรคอัลไซเมอร์ และโรคซึมเศร้า

2. อาหารและโภชนาการ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายในหลาย ๆ ระบบ เช่น ระบบการย่อยและการดูดซึม ทำให้ต้องดูแลด้านโภชนาการเป็นพิเศษ โดยคำนึงถึงปริมาณอาหารที่เหมาะสม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย สด สะอาด ประชุมใหม่ ๆ และหลากหลายชนิด ลดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล หลีกเลี่ยงอาหารมันทอด ผัด อาหารรสจัด เค็มจัด หวานจัด อาหารหมักดอง เลี่ยงกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อปลา อาหารต้ม นึ่ง ลวก อบ กินผัก และผลไม้เป็นประจำ

3. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วยชะลอความเสื่อมและเพิ่มความแข็งแรงของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเช่น กระดูก กล้ามเนื้อและข้อ ปอด หัวใจ เป็นต้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ร่างกาย กระปรี้กระเปร่า กระฉับกระเฉง ว่องไว ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบหัวใจและปอด ทำงานได้ดีขึ้น และยังช่วยรักษาโรคบางอย่าง เช่น เบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงสูง เป็นต้น ขณะออกกำลังกาย ร่างกายจะหลั่งสารความสุขซึ่งจะช่วยลดความเจ็บปวดและช่วยลดความเครียด ทำให้การนอนหลับพักผ่อนดีขึ้นและมีสุขภาพจิตดีขึ้น

4. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักประสบอุบัติเหตุได้ง่าย ทั้งอุบัติเหตุในบ้านและนอกบ้าน โดยเฉพาะการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากขาดความมั่นใจในการทรงตัว หูตาฝ้าฟาง อุบัติเหตุนำไปสู่ความพิการทางร่างกายและผลเสียทางด้านจิตใจ ทำให้ขาดความมั่นใจก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้สูงอายุเอง และยังเป็นภาระต่อญาติ ผู้ดูแล ครอบครัวและสังคมด้วย สาเหตุของอุบัติเหตุในผู้สูงอายุมักมาจากความเสื่อมของร่างกายเป็นสำคัญ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุจึงนับเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง

5. เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทุกคนต่างก็มีความหวังในเรื่องของการใช้ชีวิตคู่อย่างสมบูรณ์แบบตั้งแต่เริ่มแต่งงาน กระทั่งอยู่ร่วมกันจนถึงบั้นปลายชีวิตอย่างมีความสุขในทุก ๆ เรื่อง รวมทั้งเรื่องบนเตียงด้วย ถึงแม้จะอายุมากขึ้น เข้าสู่วัยทองหรือวัยเกษียณ แต่ความต้องการทางเพศอาจเท่าเดิม มากขึ้น หรือน้อยลง ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะทางจิต อารมณ์ รวมทั้งโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุได้

6 สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุดูแลสุขภาพกายของตนเองเป็นอย่างดีแล้ว ก็ต้องดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย โดยทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ โดยไม่ให้ตนเองเครียด หงุดหงิด ท้อแท้หรือน้อยใจ ด้วยการหากิจกรรมที่ทำให้ตนเองได้พักผ่อนหย่อนใจ หลายคนที่ย้ายมาอยู่สูงอายุมักมองตนเองไม่มีความสำคัญ ไร้ความสามารถ หรือรู้สึกว่าคุณเองไม่แข็งแรงเท่าเมื่อก่อน เป็นภาวะแก่บุตรหลาน ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลงการมีความคิดแง่ลบต่อตนเอง ย่อมส่งผลด้านลบต่อสุขภาพกายไปด้วย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า

### การรู้สารสนเทศสุขภาพกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่อาจยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลที่ผิดได้ง่ายทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองข้อมูลที่ได้มา อันนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด และในอนาคตจะกลายเป็นคนกลุ่มใหญ่ขึ้นของประเทศ ซึ่งผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ต่ำลงในเวลาอันรวดเร็ว ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้น การพึ่งพาบริการทางการแพทย์มากขึ้น จะทำให้โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพรับภาระหนักในงานรักษาพยาบาล และอาจเกิดข้อจำกัดในการให้ความเท่าเทียมเพื่อเข้าถึงบริการขึ้นได้ ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างการรู้สารสนเทศสุขภาพ จึงหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้นั่นเอง

สำหรับแนวทางการพัฒนาการเสริมสร้างการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุ ชวัญเมือง แก้วดำเกิง และ ดวงเนตร ธรรมกุล (2558, น. 4) ได้สรุปไว้ ดังนี้

1. การพัฒนาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพที่จำเป็น ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่เผยแพร่สู่สาธารณะจะต้องมีความถูกต้อง ทันสมัย น่าเชื่อถือ เข้าถึงได้ง่าย และรวดเร็ว โดยเฉพาะข้อมูลความรู้ในข่าวปัจจุบันที่ผู้สูงอายุกำลังให้ความสนใจ เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดหรือหลงเชื่อ ควรมีช่องทางในการเผยแพร่ที่หลากหลายทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อสารมวลชน หน่วยงานที่มีหน้าที่จัดทำและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจึงควรคำนึงถึงกลุ่มผู้สูงอายุในส่วนนี้ด้วย

2. การพัฒนาระบบการตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ โดยการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันและโรงพยาบาลเอกชน สื่อมวลชน และภาคประชาชนเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ที่ไม่ถูกต้องกับประชาชน

โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ มีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชนอย่างทั่วถึง เพื่อระงับสิ่งที่ไม่ถูกต้องเสียตั้งแต่ต้น รวมทั้งมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนแหล่งที่มาของข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องขาดเหตุผล และไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจำเป็นต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วมาใช้บังคับและจัดทำกฎหมายใหม่ในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม

3. การสร้างจิตสำนึกและคุณธรรมในการผลิต และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ จำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมจิตสำนึกและคุณธรรมในการผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความรู้สุขภาพ และผู้ให้บริการด้านสุขภาพใช้ความระมัดระวังในการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ทันท่วงทีและเชื่อถือได้ รวมทั้งมีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพว่ามีความเหมาะสมกับผู้ต้องการรับข่าวสารมากน้อยเพียงใด

4. การสร้างการรู้เท่าทันสื่อให้กับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการโฆษณาชวนเชื่อของธุรกิจสินค้าต่าง ๆ อยู่เสมอ และมีแนวโน้มจะถูกชักจูงได้ง่าย ดังนั้น การคุ้มครองผู้สูงอายุให้สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง จึงต้องมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุได้รู้วิธีการตรวจสอบเนื้อหาข้อมูลข่าวสาร มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข่าว ผู้ให้ข่าว ผู้ผลิตข่าวสาร ซึ่งผู้สูงอายุบางกลุ่มอาจมีข้อจำกัดในด้านการเรียนรู้ เช่น อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ประสิทธิภาพในการได้ยินและการใช้สายตาไม่ดี หลงลืมง่าย เป็นต้น หรือมีลักษณะที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ เช่น ไม่ชอบซักถาม ไม่ค่อยช่างสังเกต เป็นต้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงจะต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลมากเป็นพิเศษ

5. การศึกษาและวิจัยพัฒนาเครื่องมือการวัดการรู้สารสนเทศสุขภาพ การสร้างเครื่องมือวัดและประเมินระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุยังต้องทำอย่างต่อเนื่อง และมีความจำเป็นอย่างมาก เนื่องจาก การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นและดูแลตนเองได้ ต้องมาจากความสามารถของบุคคล กลุ่ม และหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ที่จะพัฒนาระบบการเรียนรู้ด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ และสร้างระบบมาตรฐาน ในการควบคุมคุณภาพของบริการต่าง ๆ ที่ต้องรับผิดชอบต่องานสร้างเสริมการรู้สารสนเทศสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีแผนงานวิจัยระดับชาติ และการศึกษาวิจัยในอนาคตควรมุ่งพัฒนาเครื่องมือการวัด ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไป สามารถจำแนกกลุ่มผู้ที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพระดับต่ำและระดับสูง เพื่อให้การออกแบบกระบวนการดำเนินการมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้รู้สารสนเทศสุขภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศสุขภาพด้านต่าง ๆ ดังนี้ (ก้องกิตติกร บุญช่วย และคนอื่น ๆ, 2562, ออนไลน์)

1. การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ ผู้สูงอายุต้องรู้ถึงความต้องการสารสนเทศสุขภาพของตนเอง กล่าวคือ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุต้องการสารสนเทศสุขภาพมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่มักเกิดกับผู้สูงอายุเช่น โรคหัวใจ โรคกระดูก โรคความดันโลหิต โรคมะเร็ง โรคไต โรคข้อเสื่อม โรคอัลไซเมอร์ โรคเบาหวาน เป็นต้น และระบุแหล่งสารสนเทศที่ต้องการได้ ผู้สูงอายุแสวงหาสารสนเทศสุขภาพจากแหล่งสารสนเทศบุคคล แหล่งสารสนเทศสถาบัน แหล่งสารสนเทศสื่อมวลชน แหล่งสารสนเทศอินเทอร์เน็ต วิธีการเข้าถึงแหล่งสารสนเทศจากทุกแหล่งของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่คือสอบถามหรือค้นหาด้วยตนเองและให้ผู้อื่นสอบถามหรือค้นหาข้อมูลให้

2. การประเมินสารสนเทศสุขภาพ ผู้สูงอายุต้องมีการประเมิน ตรวจสอบ สารสนเทศที่ค้นได้ว่ามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ก่อนจะตัดสินใจนำสารสนเทศนั้นไปใช้ จากการศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการประเมินสารสนเทศก่อนนำไปใช้ของผู้สูงอายุ มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสารสนเทศที่ได้รับก่อนนำไปใช้ มีการตรวจสอบว่าสารสนเทศที่ได้มาตรงกับความต้องการหรือไม่

3. การใช้สารสนเทศสุขภาพ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้สูงอายุนำสารสนเทศสุขภาพไปใช้ประโยชน์โดยส่วนใหญ่ นำสารสนเทศด้านสุขภาพไปใช้เพื่อป้องกันโรคมากที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้จากการแสวงหาไปปรับใช้กับตนเอง ญาติ และเพื่อน โดยนำไปใช้ประโยชน์เพื่อเป็นความรู้การรักษายาบาลตนเองและคนอื่น ๆ และผู้สูงอายุใช้สารสนเทศสุขภาพประเภทคำพูด คำบอกเล่าจากหมอและพยาบาล สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือ แผ่นพับจากโรงพยาบาล สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ และ วิทยุ สารสนเทศในรูปแบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์/อินเทอร์เน็ต เช่น ยูทูป (YouTube) ไลน์ (Line) สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการแสวงหาและการใช้สารสนเทศ ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการเดินทาง ผู้สูงอายุมักจะสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพจากหมอที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลซึ่งหมอบางคนจะให้ข้อมูลได้ไม่เพียงพอ เนื้อหาที่ได้จากสื่ออินเทอร์เน็ตอ่านลำบาก สายตาไม่ดีความจำไม่ค่อยดี เป็นต้น

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในต่างประเทศ

เอช วายลี และคนอื่น ๆ (H. Y. Lee, et al, 2014) ศึกษาความแตกต่างทางเพศในการรู้สารสนเทศสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่เกาหลี ผู้หญิงมีระดับการรู้สารสนเทศสูงกว่าผู้ชายหรือไม่ บทบาทของเพศสภาพในการกำหนดระดับความรู้เรื่องสุขภาพในผู้ใหญ่เกาหลีนั้นไม่ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้ใช้การสำรวจภาคตัดขวางพร้อมตัวอย่างที่สะดวกสบายของผู้ใหญ่ชาวเกาหลีที่อาศัยในชุมชน 585 คนอายุ 19 ปีขึ้นไป การวัดการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยใช้แปดรายการที่เลือกจาก 16 คำถามที่มีการรายงานการรู้สารสนเทศสุขภาพด้วยตนเอง ตามโมเดลพฤติกรรมสุขภาพของแอนเดอร์เซ็น ผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพดีกว่าผู้ชายในการทำ ความเข้าใจรูปแบบแบบทางการแพทย์ทิศทางในขูดยาและข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่น่าเสนอ โดยการดูแลสุขภาพโดยผู้ให้บริการ นอกจากนี้ผู้หญิงเกาหลีมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพที่สูงขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับการบรรลุเป้าหมาย การศึกษาที่สูงขึ้นและมีสถานที่ที่สอดคล้องกับการได้รับการดูแล สำหรับผู้ชายและผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงาน ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพอยู่ในระดับที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับคู่สมรส ส่วนระดับของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และรายได้ต่อเดือนที่สูงขึ้น เชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญกับระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพที่สูงขึ้นทั้งผู้ชายและผู้หญิง

เอช เลวีย์, แจนเค และ แลงก้า (H. Levy, Janke, & Langa, 2015) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพและดิจิทัลในผู้สูงอายุชาวอเมริกันโดยทำการวิเคราะห์ย้อนหลังของปี 2009 และข้อมูลปี 2010 จากการศึกษาด้านสุขภาพและการเกษียณอายุจากการสำรวจระยะยาวของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศของผู้สูงอายุชาวอเมริกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ในชุมชนที่อยู่อาศัยอายุ 65 ปี 824 คน บุคคลที่เป็นประชากรทั่วไป และผู้ใช้อินเทอร์เน็ต 1,584 คน วัดโดยใช้เครื่องมือ REALM-R ผลการศึกษาพบว่าเพียงร้อยละ 9.7 ของผู้สูงอายุที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับต่ำ เพราะบุคคลที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะใช้อินเทอร์เน็ตเท่ากับ 0.36 - 0.54 และเนื่องจากในกลุ่มผู้ที่ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตเป็นบุคคลที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ แนวโน้มที่จะใช้เพื่อให้ได้สุขภาพหรือข้อมูลทางการแพทย์เท่ากับ 0.60

ตวง และคนอื่น ๆ (Duong et al., 2015) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพในได้หวัน: การศึกษาเชิงประชากรการศึกษาเป็นการศึกษาเพื่อทดสอบความถูกต้องของแบบสอบถามการสำรวจความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในยุโรปฉบับภาษาจีน(HLS-EU-Q) สำหรับใช้ในสาธารณะทั่วไปในได้หวัน โดยการสุ่มแบ่งกลุ่มแบบหลายขั้นตอนส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 2989 คน อายุ 15 ปีขึ้นไป HLS-EU-Q ผ่านการตรวจสอบแล้วโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพร้อมดัชนี

ข้อมูลแบบจำลอง การรู้สารสนเทศสุขภาพทั่วไปของประชากรได้วันมีร้อยละ 34.4 การวิเคราะห์ การถดถอยหลายตัวแปรพบว่า การรู้สารสนเทศสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์อย่างมากกับ ความสามารถในการจ่ายค่ายาที่สูงขึ้น สถานะทางสังคม การรับรู้ตนเอง ความถี่ในการรับชมทีวี มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อายุน้อยกว่า การรู้ สารสนเทศสุขภาพยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพ สถานภาพพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึง และการใช้ บริการด้านสุขภาพ HLS-EU-Q พบว่าเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการประเมินการรู้สารสนเทศ สุขภาพ และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประชากรทั่วไป

คัตติลลิ (Cutilli, 2015) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพ ข้อบกพร่องด้านสุขภาพและแหล่ง สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำกว่ามี แนวโน้มที่จะมีรายได้ลดลง และการศึกษาจัดอันดับสุขภาพของพวกเขาเป็นคนยากจน หรือ มีปัญหาด้านการมองเห็นหรือการได้ยินและต้องการความช่วยเหลือ ด้านการแสวงหาสารสนเทศ สุขภาพผู้สูงอายุที่มีความรู้น้อยใช้แหล่งสารสนเทศน้อยลง ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ ครอบครั้ว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และแพทย์ สำหรับแหล่ง สารสนเทศสุขภาพ แพทย์ ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเป็นแหล่งที่ใช้มากที่สุดของผู้สูงอายุ ตัวแปรหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ต่ำกว่านั้นเชื่อมโยงกับความไม่เสมอ ภาคด้านสุขภาพด้วย เช่น รายได้ การศึกษา และความพิการ

หลิว และคนอื่น ๆ (Y. Liu et al., 2015) ศึกษาสถานภาพการรู้สารสนเทศสุขภาพและ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประชากรสูงอายุในจีนเจียง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกจาก 44 สถาบันการเงินบ้านอายุในเมือง อูรูมชี ซางจิ คารามาย และฉือเหอจื่อ ตั้งแต่เดือนกันยายน ปี ค.ศ. 2011 ถึงมิถุนายน ค.ศ. 2012 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายชั้นการตรวจสอบได้ ดำเนินการโดยแบบสอบถามการรู้สารสนเทศสุขภาพของพลเมืองจีนที่จัดทำโดยศูนย์การศึกษา ด้านสุขภาพของจีน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมด 1,396 คนมีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์การ คัดเลือกอายุ 60 ถึง 99 ปีโดยมีเปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี มีคะแนนการรู้ สารสนเทศสุขภาพโดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 77.37 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนการรู้ สารสนเทศสุขภาพในปัจจัยอายุ เพศ เชื้อชาติการศึกษา รายได้ ครัวเรือน สถานภาพสมรส และ อาชีพ สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ทักษะสุขภาพ และคะแนนรวมของการรู้สารสนเทศสุขภาพคะแนนความรู้ด้าน สุขภาพและคะแนนรวมมีสหสัมพันธ์สูงสุด ( $r = 0.95$ ) รองลงมาคือคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนรวม ( $r = 0.81$ ) ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมสุขภาพกับคะแนนทักษะ

สุขภาพต่ำที่สุด ( $r = 0.33$ ) ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การรู้สารสนเทศสุขภาพที่ต่ำในผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุผู้หญิง ชนกลุ่มน้อยและผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

โซเรนเซน และคนอื่น ๆ (Sorensen et al., 2015) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพในยุโรป: ผลการเปรียบเทียบจากการสำรวจการรู้สารสนเทศของชาวยุโรป (HLS-EU) เป็นการสำรวจการรู้สารสนเทศสุขภาพในยุโรป (HLS-EU) ดำเนินการใน 8 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย บัลแกเรีย เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ และสเปน กลุ่มตัวอย่างประเทศละ 1,000 คน รวมทั้งหมด 8,000 คน การรวบรวมข้อมูลเป็นไปตามมาตรฐาน Eurobarometer และการใช้งาน HLS-EU-Q (แบบสอบถาม) ใช้คอมพิวเตอร์ช่วย หรือการสัมภาษณ์ส่วนตัวโดยใช้กระดาษช่วย ผลการศึกษาพบว่า HLS-EU-Q สร้างการรู้สารสนเทศสุขภาพ 4 ระดับ คือ ไม่เพียงพอ เป็นปัญหาเพียงพอ และยอดเยี่ยม อย่างน้อย 1 ใน 10 ร้อยละ 12 ผู้ตอบแบบสอบถามมีการรู้สารสนเทศสุขภาพไม่เพียงพอ และเกือบ 1 ใน 2 ร้อยละ 47 มีการรู้สารสนเทศสุขภาพที่จำกัด (ไม่เพียงพอหรือมีปัญหา) อย่างไรก็ตามการกระจายของระดับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั่วประเทศร้อยละ 29-62 กลุ่มย่อยภายในประชากรกำหนดโดยการกีดกันทางการเงิน สถานะทางสังคมต่ำ การศึกษาต่ำหรืออายุมาก มีสัดส่วนที่สูงขึ้นของคนที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพจำกัด

เกอบูส (Geboers, 2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้สารสนเทศสุขภาพและการจัดการตนเองความสามารถในผู้ใหญ่อายุ 75 และผู้สูงอายุและผู้ดูแลของตน ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 1,052 คน เป็นการทดลองควบคุมแบบสุ่มที่ดำเนินการก่อนหน้านี้ ใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ข้อมูลเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องสุขภาพความสามารถในการจัดการตนเอง ภูมิหลังทางประชากรศาสตร์ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม และสถานะสุขภาพ การรู้สารสนเทศสุขภาพวัดจากเครื่องมือตรวจคัดกรองสุขภาพโดยย่อที่ผ่านการตรวจสอบสามารถความสามารถในการจัดการตนเองถูกวัดโดยระดับความสามารถในการจัดการตนเองที่ตรวจสอบแล้ว (SMAS-30) ผลการศึกษาพบว่า หลังจากปรับตัวกับตัวแปร ความสามารถในการจัดการตนเองดีกว่าในผู้สูงอายุที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ เป็นเรื่องเด่นชัดในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับกลาง สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ส่วนเพศ อายุ สถานการณ์ความเป็นอยู่ รายได้ การปรากฏตัวของการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ระหว่างการรู้สารสนเทศสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเอง

ปาร์กเกอร์ (Parker, 2016) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพและการใช้ยาของผู้สูงอายุละตินอเมริกา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 156 คน โดยใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุละตินอเมริการ้อยละ 44 มีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านที่ต่ำ

เนื่องจากขาดการรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจ ทั้งนี้การระบุนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ย่อมขึ้นอยู่กับคำตอบที่ถูกต้องจากคำถามเรื่องการรู้สารสนเทศสุขภาพซึ่งแสดงให้เห็น ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยากับการรู้สารสนเทศสุขภาพ และการลดการใช้ยา การค้นพบเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุละตินอเมริกาไม่มีปัญหาการในการใช้ยา ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ดีแตกต่างกับผู้ที่ไม่มีสารสนเทศสุขภาพ

วิลเลียมส์-จอห์นสัน (Williams-Johnson, 2016) ศึกษาเรื่องสื่อความรู้ด้านสุขภาพเชิง ป้องกันและการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้คือการสำรวจความสัมพันธ์ ระหว่างสื่อต่าง ๆ ให้ข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพป้องกันและความรู้สุขภาพ ประเมินตาม รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นเชิงปริมาณ โดยวิธีการตัดขวางถูกนำมาใช้ ประชากรที่ศึกษา จำนวน 159 คนเริ่มต้นที่อายุ 45 ปีขึ้นไปของกลุ่มเชื้อชาติที่หลากหลายและประเภทงานที่ได้รับการ สำรวจเพื่อตรวจสอบความรู้ของกลุ่มประชากร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุ 45-54 ปี มีคะแนน ต่ำสุดในด้านารรู้สารสนเทศสุขภาพ คะแนนความรู้เรื่องสุขภาพและทุกกลุ่มอายุมีความรู้ เทียบเท่าการป้องกันการศึกษาการตรวจคัดกรองสุขภาพ สื่อทั้ง 2 ประเภท คือ โทรทัศน์และวิทยุ มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจากการได้รับสาร และสำหรับสื่อ 4 ประเภท โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และอินเทอร์เน็ตได้รับการรับรู้ที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพ เชิงป้องกัน การศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในเชิงบวกรวมถึงวิธีการเฉพาะ สำหรับอายุให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพเชิงป้องกันซึ่งอาจลดลงได้การเจ็บป่วยและการ ตายที่เกิดจากโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ

โซเฟีย และ คาร์ล่า (Sofia & Carla, 2016) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุชาวโปรตุเกส โดยใช้เครื่องมือแบบวัดการทดสอบ The Newest Vital Sign (NVS) ใช้กับผู้สูงอายุสำหรับประเมินผลระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 422 คนที่มีอายุ มากกว่า 65 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีระดับ การรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ ซึ่งหมายความว่าผู้ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ที่สามารถตีความและใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวแปรเพศ สภาพ การศึกษา อายุและสถานภาพการสมรส ตลอดจนการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อสภาวะสุขภาพทั่วไป และคุณภาพชีวิต พิสูจน์แล้วว่าเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อระดับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ การรู้ สารสนเทศสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัยผลลัพธ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ประชากรโดยทั่วไปและในกลุ่มที่มีความเสี่ยงมาก

เฉิน (Chen, 2017) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้สารสนเทศ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพทางเลือกลงในประเทศจีน การสำรวจแบบสอบถามได้ดำเนินการในเมืองเหอเฟย์, ประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างของผู้เข้าร่วม 279 คน อายุ 18-60 ปี ผลการศึกษาพบว่าการรู้สารสนเทศสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางสังคมที่สูงขึ้นในวัยที่มีอายุน้อยกว่า การศึกษาที่มากขึ้น สถานภาพทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้การควบคุมตัวแปรเหล่านี้พบว่าคนที่มีระดับการรู้สารสนเทศสูงมักทำการการตรวจสุขภาพและมีแนวโน้มที่จะชอบหนังสือ แผ่นพับมากกว่าแหล่งข้อมูล สำหรับผู้ที่แสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจากนิตยสาร วิทยุ และหนังสือ แผ่นพับมีแนวโน้มที่จะใช้บริการแพทย์ การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่ามีที่ว่างสำหรับบุคคล ผู้เชี่ยวชาญ และรัฐบาลต้องมีการปรับปรุงระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพและคุณภาพของข้อมูลด้านสุขภาพหลายประการเพื่อส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขสุขภาพ

ฉิน และคนอื่น ๆ (Chin et al., 2017) ศึกษาความรู้ความเข้าใจและการรู้สารสนเทศสุขภาพในผู้สูงอายุเรียกคืนข้อมูลการดูแลตนเอง สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการวัดการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ใช้กันทั่วไป (การทดสอบระยะสั้นของความรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ในผู้ใหญ่ (STOFHLA) และความเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 145 คน ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของ STOFHLA สัมพันธ์กับการเรียกคืนข้อมูลด้านสุขภาพคงเส้นคงวา ด้วยรูปแบบกระบวนการความรู้ของการรู้สารสนเทศสุขภาพ การวิเคราะห์การไถ่เกลียดแสดงให้เห็นว่าทั้งความสามารถในการประมวลผลและความรู้เป็นสื่อกลางความสัมพันธ์ระหว่างการรู้สารสนเทศสุขภาพและการเรียกคืนข้อมูลด้านสุขภาพนอกจากนี้ความรู้มีการตรวจสอบผลกระทบของขีดจำกัดความสามารถในการประมวลผล เช่น ความสามารถในการประมวลผลมีโอกาสน้อยที่จะเกี่ยวข้องกับการเรียกคืนสำหรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับที่สูงขึ้นของความรู้

เอส ลี และคนอื่น ๆ (S. Lee, et al, 2017) ศึกษาการรู้สารสนเทศของผู้สูงอายุในชนบท การศึกษาครั้งทำการสำรวจ ผู้เข้าร่วม 172 คนโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยลักษณะทางประชากร การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรู้สารสนเทศสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เน้นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องสุขภาพนอกจากความรู้เรื่องการศึกษา การรู้สารสนเทศ อาชีพ สถานะสุขภาพของผู้ป่วย ความถี่ในการใช้ยา และการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเร็ว ๆ นี้ ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าค่าเฉลี่ย ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพแบบอัตนัย การรับรู้ความสามารถตนเอง และการอ่าน การเขียน ความพิการในเชิงลบ

แชฟฟีเลอร์, บีเรนส์ และ โวกท์ (Schaeffer, Berens, & Vogt, 2017) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพของประชากรเยอรมัน ผลการสำรวจจากตัวแทน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,000 คนที่อายุ 15 ปีขึ้นไปในเยอรมนีโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสัมภาษณ์ส่วนตัว (CAPI) ซึ่งอิงจากแบบสอบถามฉบับยาวที่ใช้ในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในยุโรป (HLS-EU-Q47) รวมทั้งข้อมูลทางสังคมวิทยาที่ถูกรวบรวมเช่นกัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นตัวอย่างไม่เป็นตัวแทนของประชากรชาวเยอรมัน พบว่าร้อยละ 54.3 มีการรู้สารสนเทศสุขภาพจำกัด การถดถอยโลจิสติกหลายรายการเปิดเผยความสัมพันธ์ของการรู้สารสนเทศสุขภาพที่จำกัด กับอายุที่สูงขึ้น ภูมิหลังของผู้อพยพ สถานภาพทางสังคม ซึ่งมีการรู้สารสนเทศระดับพื้นฐานต่ำ ทั้งนี้การรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับต่ำของชาวเยอรมันหลายคนทำให้การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยแย่ลง และทำให้ปัญหาที่มีอยู่ในนโยบายสุขภาพแย่ลงอีกด้วย

เอโรเนน (Eronen, 2018) ศึกษาการประเมินการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุชาวฟินแลนด์ เครื่องมือที่ใช้คือการสนทนากลุ่ม สนทนากับผู้เข้าร่วม 9 ถูกสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ความรู้เรื่องสุขภาพโดยเครื่องมือ HLS-EU-Q16 ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้เข้าร่วมทั้งหมดคือร้อยละ 35.05 ผู้เข้าร่วมที่จัดอันดับสถานการณ์ทางการเงินและสุขภาพที่จัดอันดับตัวเองดีมาก มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงสุด (ร้อยละ 38.85 และ ร้อยละ 39.22 ตามลำดับ) ความรู้เรื่องสุขภาพที่ดีขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับสถานะความรู้ความเข้าใจ อากาการซึมเศร้า น้อยลงและภาวะเรื้อรัง ความคล่องตัวในชีวิตที่สูงขึ้น และประสิทธิภาพทางกายภาพที่ดี

### งานวิจัยในประเทศ

วิมลมาส หมื่นหอย (2556) ศึกษาความแตกฉานทางด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเกาหลีในกรุงโซล กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยเชิงคุณภาพได้ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุชาวเกาหลีในกรุงโซล 5 คนและในเชิงปริมาณได้เก็บข้อมูลโดยการทำแบบสอบถามผู้สูงอายุชาวเกาหลีในกรุงโซล 81 คน ผลการศึกษาพบว่าระบบประกันสุขภาพประเทศเกาหลีได้มีการส่งเสริมเกี่ยวกับกระบวนการดูแลสุขภาพที่ว่าด้วยเรื่องระบบสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามหลักการสากลไม่มากนัก มีสิ่งที่พิสูจน์ค่อนข้างน้อยที่ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นสนับสนุนในการป้องกันโรคของพวกเขาและกิจกรรมในการดูแลตนเองหรือการพัฒนาชุมชนในการบริการด้านสุขภาพและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นอีกด้วยว่าผู้สูงอายุชาวเกาหลีจำนวนหนึ่งมีความแตกฉานทางด้านสุขภาพบางด้านค่อนข้างน้อยอยู่ นอกจากนี้ความแตกฉานทางด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารซึ่งรูปแบบจัดการ

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารนี้ยังเป็นอุปสรรคสำหรับผู้อาวุโสชาวเกาหลีในกรุงโซล ผลการศึกษาเหล่านี้บอกเป็นนัยว่ารัฐบาลเกาหลีใต้และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพควรจะพัฒนายุทธศาสตร์ใหม่ ๆ สำหรับการจัดหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่พัฒนาขึ้นด้วยเทคนิคเดลฟายผล ผลการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 99.5) และระดับปฏิสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.5) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการเขียน ผู้ดูแล สิทธิในการรักษาพยาบาล ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และการเดินทางมาชมรม

ชลธิดา ดินขุนทด และสมาน ลอยฟ้า (2559) ศึกษาการศึกษาพฤติกรรมสารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสารสนเทศเพื่อการดูแลสุขภาพด้านความต้องการสารสนเทศสุขภาพพบว่า เมื่ออยู่ในสภาพที่ร่างกายเป็นปกติ ผู้สูงอายุต้องการสารสนเทศด้านการรักษาพยาบาล และด้านการป้องกันโรค การแสวงหาสารสนเทศสุขภาพ พบว่าแหล่งสารสนเทศบุคคลที่ผู้สูงอายุใช้มากที่สุดได้แก่ คนในครอบครัว และญาติ เพื่อนบ้าน แหล่งสารสนเทศสื่อมวลชนที่ผู้สูงอายุใช้มากที่สุดได้แก่ โทรทัศน์ ส่วนแหล่งสารสนเทศสถาบัน เช่น ห้องสมุด และแหล่งสารสนเทศอินเทอร์เน็ต รูปแบบสารสนเทศที่แสวงหา พบว่า ส่วนใหญ่แสวงหาหนังสือในระดับมาก การใช้สารสนเทศ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สารสนเทศที่แสวงหาเอง โดยเป็นการใช้สารสนเทศเพื่อการรักษาพยาบาลและเพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาที่อยู่ในระดับมากได้แก่ ไม่รู้แหล่งที่จะค้นหาข้อมูลที่ต้องการแหล่งสารสนเทศที่ต้องการอยู่ไกล และไม่รู้จักการใช้อินเทอร์เน็ต

พรชิตา อุปถัมภ์ (2559) ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์พฤติกรรมแสวงหาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับบริบทหรือสถานการณ์ที่เผชิญขณะดำเนินการแสวงหาสารสนเทศ แหล่งสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด คือ แหล่งสารสนเทศที่เป็นบุคคล รูปแบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการ คือ เสียง ข้อความ ภาพ และสื่อมัลติมีเดีย แรงจูงใจในการแสวงหาสารสนเทศมาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัญหาสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรค และโภชนาการ การใช้ประโยชน์จาก

สารสนเทศ เช่น การดูแลตนเอง การป้องกันรักษาโรค โภชนาการ และปัญหาและอุปสรรค ในการแสวงหาสารสนเทศ เช่น ไม่ทราบแหล่งสารสนเทศ การรู้สารสนเทศ การศึกษา สภาพแวดล้อม และภาษา

จริยา นพเคราะห์ (2560) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy scale ของอิชิกาว่า และคนอื่น ๆ (Ishikawa et al., 2008) ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง

เนติยา แจ่มทิม และ สินีพร ยืนยง (2560) ศึกษาการใช้สื่อออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ สื่อสังคมออนไลน์ และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เล่นไลน์ทุกวัน และเฟซบุ๊ก น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน ผ่านโทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟนส่วนตัว และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาการใช้ยารักษาโรคนาน ๆ ครั้ง

รัฐชญา ล่องเซ่ง (2560) ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 674 คน โดยสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสร้างเกณฑ์ปกติและคู่มือการใช้เครื่องมือ ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีจำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ

กิจปพน ศรีธานี (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอแนะให้ประชาชนดูแลตนเอง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์ จำนวน 600 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า

ความฉลาดสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว อธิวัฒน์ เจียวิวรรธน์กุล และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประจำปีการศึกษา 2560 เครื่องมือวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อยฉบับภาษาไทย แบบประเมินความสุขคนไทย และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กานดาวลี มาลีวงษ์ และคนอื่น ๆ (2561) ศึกษาความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย : กรณีศึกษาเขตดอนเมือง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 90 ชมรมผู้สูงอายุอยู่ในหมู่บ้านจัดสรร จัดตั้งระหว่าง 5-10 ปี สมาชิกน้อยกว่า 50 คน ช่วงอายุของสมาชิก 70-79 ปี จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยชมรมเองโดยการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุเป็นไปตามศักยภาพของผู้นำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทำเองและไม่ต่อเนื่อง ยังไม่มีความเข้าใจการเป็นองค์การความรอบรู้ของผู้สูงอายุ มุ่งทำกิจกรรมในมิติ ไม่ซึมเศร้า ที่เน้นสร้างความสุขทางใจเป็นลำดับแรก โดยผลการศึกษาสามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์ให้เกิดกลไกการส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุในเรื่อง ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย ให้เป็นองค์การรอบรู้สุขภาพควรเป็น รูปแบบ Smart by LITS (Leadership, Information, Team, Stakeholder)

ภัทรธิดา ศรีแสง และ วราภรณ์ ดินน้ำจืด (2562) ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร : การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 600 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ โดยส่วนมากมีอายุระหว่าง 60-65 ปีส่วนใหญ่เป็นเพศชายค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 3.57 แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อประกอบด้วยองค์ประกอบ

4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ดังนั้น แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพการวัดที่น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุได้ต่อไป

ประไพพิศ สิงหเสม พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ (2562) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลหนองตรุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 147 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 51.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.06 โดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิศารัตน์ อุตตะมะ และเกษแก้ว เสียงเพราะ (2562) ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำนวน 405 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ระดับก้ำกึ่ง ไม่เพียงพอ และเพียงพอ (ร้อยละ 51.1, 43.0 และ 5.9 ตามลำดับ) พบว่า ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 30.4

สมสุข ภาณุรัตน์ และคนอื่น ๆ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาาระดับความฉลาดทางสุขภาพและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 465 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก มีค่าเฉลี่ย

ความฉลาดทางสุขภาพเท่ากับ 40.91 คะแนน และครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 50.30) 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ อาชีพ (การใช้แรงงานและผู้ที่อยู่บ้านไม่มีอาชีพ)

นพวรรณ แกมคำ (2562) ศึกษาการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาาระดับความฉลาดทางสุขภาพและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในสังคม กับระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปสัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิงอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ที่อาศัยอยู่ในเขตราชเทวี เขตบางพลัด และเขตตลิ่งชันจำนวน 420 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคม แบบวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน เพศ อายุ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับของความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี ขนิษฐา ดีเริ่ม และยุพาพร หอมสมบัติ (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปจำนวน 505 คน เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพแปลจาก Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU) ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายुर้อยละ 31.84 อยู่ในระดับมีปัญหา เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามสมรรถนะในกระบวนการจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเรียงตามลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้แก่ 1) การทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 32.65 2) การนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองร้อยละ 31.79 3) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพร้อยละ 31.60 และ 4) การตัดสินใจเลือกข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพร้อยละ 31.58ตามลำดับ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกขั้นตอนในกระบวนการที่ผู้สูงอายุจัดการกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับเป็นปัญหา

นิยม จันทน์นวล และสุมาลี สมชาติ (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุตำบล โพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 130 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2561 ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 64.60 พฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.อยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.80 และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นริศรา แก้วบรรจกร ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ (2563) ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 269 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยเพศ ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคประจำตัว และปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ

วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ ไสภิต สุวรรณเวลา และณัฐ วอลเตอร์ (2563) ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมจำนวน 166 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 88.55 ระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 11.45 ไม่พบความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้ คือ ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และรายได้ ร้อยละ 33.2

ก้องกิดากร บุญช่วย และคนอื่น ๆ (2562) ศึกษาการแสวงหาและการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัดจังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการแสวงหาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัด จังหวัดสงขลา ในด้านวัตถุประสงค์ในการแสวงหาสารสนเทศ แหล่งสารสนเทศ และวิธีการเข้าถึงสารสนเทศ 2) เพื่อศึกษาการใช้ประโยชน์สารสนเทศของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัด จังหวัดสงขลา 3) เพื่อศึกษาปัญหาในการแสวงหาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนแออัด เขตเทศบาลนครสงขลา จังหวัดสงขลา จำนวน 364 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า การแสวงหาและการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัดจังหวัดสงขลา ในด้านความต้องการสารสนเทศด้านสุขภาพมากที่สุดเป็นอันดับแรกของผู้สูงอายุ คือ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูก โรคความดันโลหิต โรคมะเร็ง โรคไต โรคข้อเสื่อม เป็นต้น ปัญหาในการแสวงหาและการใช้สารสนเทศ คือ ไม่สามารถไปหาแหล่งสารสนเทศด้วยตนเอง ไม่ทราบว่าใครมีความรู้ด้านใดบ้าง ไม่รู้วิธีการใช้ห้องสมุด ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ตมีราคาแพง และสายตาไม่ดี

ประไพพิศ สิงหเสม และคนอื่น ๆ (2562) ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ตามภาวะสุขภาพ ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เครื่องมือวิจัย คือ การสังเกต และสัมภาษณ์ตามแบบประเมินภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2561 ผลการศึกษา พบว่า ด้านการเข้าถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล 3 อ. จากการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ยังไม่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองได้น้อย ด้านความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุมีความรู้ 3 อ. เพิ่มขึ้นหลังร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<0.001$  และด้านการนำไปใช้ ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อความรู้แก่บุคคลอื่น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศสุขภาพในต่างประเทศและในประเทศส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพ การประเมินระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาสารสนเทศสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ ซึ่งประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

ซึ่งมีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือการวิจัยทั้งแบบทดสอบแบบสัมพัทธ์ แบบประเมินตนเอง แบบสังเกต ซึ่งสามารถสรุปแยกเป็นประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

1. ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ ได้แก่งานวิจัยของเอช เลวีย์และคนอื่น ๆ (H. Levy, et al, 2014) คัลติลลิ (Cutilli, 2015) โซเฟีย และคาร์ล่า (Sofia & Carla, 2016) แชฟฟีเลอร์, บีเรนส์ และ โวกท์ (Schaeffer, Berens, & Vogt, 2017) และกิจปพน ศรีธานี (2560) พบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับต่ำ งานวิจัยของโซเรนเซน และคนอื่น ๆ (Sorensen et al., 2015) นิคาร์ตัน อุตตะมะ และเกษแก้ว เสียงเพราะ (2562) พบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับที่ระดับกำลัง ไม่เพียงพอ งานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) นพวรรณ แกมคำ (2562) วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ โสภิต สุวรรณเวลา และกัญญา วอลเตอร์ (2563) พบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับพื้นฐาน งานวิจัยของประไพพิศ สิงหเสม พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ (2562) สมสุข ภาณุรัตน์ และคนอื่น ๆ (2562) นิยม จันทน์วอล และสุมาลี สมชาติ (2563) พบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับไม่ดี และงานวิจัยของ ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี ขนิษฐา ดีเริ่ม และยุพาพร หอมสมบัติ (2563) พบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับมีปัญหา

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ สรุปได้เป็น 3 ปัจจัยดังนี้

2.1 เพศ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าเพศ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรู้สารสนเทศสุขภาพ งานวิจัยของ วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ผลการศึกษาพบว่า เพศ เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ ซึ่งเพศชายมีคะแนนการรู้สารสนเทศสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องมาจาก ในการศึกษาครั้งนี้ เพศชายมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.5 ส่วนเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 15.3 สำหรับงานวิจัยของ จริยา นพเคราะห์ (2560) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.09 ซึ่งเพศหญิงมีการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้มีคะแนนการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้งานวิจัยของ ภัทรธินิตา ศรีแสง และ วราภรณ์ ดีน้ำจืด (2562) ผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยนี้ผู้สูงอายุ โดยส่วนมากมีอายุระหว่าง 60-65 ปีส่วนใหญ่เป็นเพศชายค่าเฉลี่ยการรู้สารสนเทศสุขภาพเท่ากับ 3.57 และเพื่อให้เข้าใจว่าทำไมเพศหญิงถึงมีการรู้สารสนเทศสุขภาพดีกว่าเพศชายจากการศึกษาของเอช วาย ลี และคนอื่น ๆ H. Y. Lee, et al (2014) ศึกษาความแตกต่างทางเพศในการรู้สารสนเทศสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่มากกว่า: ผู้หญิงมีระดับการรู้สารสนเทศสูงกว่าผู้ชายหรือไม่? ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีการรู้สารสนเทศสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ เพศหญิงจะมีความเข้าใจด้านการกรอก

แบบฟอร์มทางการแพทย์ สามารถเข้าใจวิธีการใช้ยา และเข้าใจข้อมูลภาษาทางการแพทย์ ที่ผู้เชี่ยวชาญเขียนได้มากกว่าเพศชาย ในขณะที่งานวิจัยของโซเฟีย และคาร์ลา Sofia & Carla (2016) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวโปรตุเกส ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ 80 % มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ สำหรับตัวแปรเพศ และอื่น ๆ นั้นเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อระดับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของเกเบอร์ส (Geboers, 2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้สารสนเทศสุขภาพและการจัดการตนเองความสามารถในผู้ใหญ่ อายุ 75 และผู้สูงอายุและผู้ดูแลของตน ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์ระหว่างการรู้สารสนเทศสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเอง งานวิจัยของหลิวและคนอื่น ๆ (Liu et al., 2015) ศึกษาสถานภาพการรู้สารสนเทศสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประชากรสูงอายุ ในจีนเจียง ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนการรู้สารสนเทศสุขภาพในปัจจุบัน เช่น เพศ และกลุ่มคนสำคัญที่นำไปสู่การรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ ได้แก่ ผู้สูงอายุเพศหญิง ชนกลุ่มน้อยและผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

2.2 ระดับการศึกษา มีความเกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศสุขภาพจากการศึกษา งานวิจัยของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) พบว่า ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรร่วมที่ส่งผลกระทบต่อระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุจบการศึกษาระดับปวส. อนุปริญญาปริญญาตรี และปริญญาโท มีคะแนนการรู้สารสนเทศสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับ ปวส. ขึ้นไป จะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ในขณะที่งานวิจัยของ จริยา นพเคราะห์ (2560) จากการศึกษาพบว่า จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งระดับการศึกษาเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของการรู้สารสนเทศสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการอ่านและเขียน รับรู้สื่อสารเข้าใจ แสดงให้เห็นว่ามีทักษะการรู้สารสนเทศสุขภาพ ระดับพื้นฐานและระดับ ปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสารได้เป็นอย่างดีแต่ในส่วนของ การรู้สารสนเทศสุขภาพด้าน วิจรรณญาณ กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถ คิด วิเคราะห์ ประเมิน และไม่กล้าตัดสินใจในการ เลือกรับข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องอาจเป็นข้อจำกัดในการเกิดการรู้สารสนเทศสุขภาพใน ผู้สูงอายุ งานวิจัยของคัตติลลิ Cutilli (2015) ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ต่ำกว่านั้นเชื่อมโยงกับความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพด้วย เช่น รายได้

การศึกษา และความพิการ ทั้งนี้งานวิจัยของเฉิน Chen (2017) ผลการศึกษาพบว่า การรู้สารสนเทศสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางสังคม เช่น การศึกษาที่มากขึ้น และสถานภาพทางเศรษฐกิจ งานวิจัยของโซเฟีย และคาร์ลา Sofia & Carla (2016) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวโปรตุเกส ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรสถานภาพการศึกษา พิสูจน์แล้วว่า เป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของเอส ลี และคนอื่น ๆ (S. Lee, et al, 2017) ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่นั้นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการรู้สารสนเทศสุขภาพ คือ การศึกษา ซึ่งงานวิจัยของเกเบอร์ส (Geboers, 2016) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับกลาง มีการรู้สารสนเทศสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ ทั้งนี้งานวิจัยของเฮช วาย ลี และคนอื่น ๆ (H. Y. Lee, et al, 2014) ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพที่สูงขึ้นนั้น เกี่ยวข้องกับการศึกษาที่สูงขึ้นด้วยเช่นกัน

2.3 รายได้ จากการศึกษารู้อสารสนเทศสุขภาพต่ำจะส่งผลกระทบต่อต้นทุนการรักษาที่สูงขึ้น รายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุ งานวิจัยของคัตติลลี (Cutilli, 2015) ศึกษาการรู้สารสนเทศสุขภาพ ข้อบกพร่องด้านสุขภาพและแหล่งสารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำกว่ามีแนวโน้มที่จะมีรายได้น้อยลงและตัวแปรหลายอย่างที่เกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ต่ำนั้น เชื่อมโยงกับความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ เช่น รายได้ สำหรับงานวิจัยของเกเบอร์ส (Geboers, 2016) พบว่ารายได้ มีผลผู้สูงอายุทำให้มีการรู้สารสนเทศในระดับที่ต่ำ และมีความสัมพันธ์ระหว่างการรู้สารสนเทศสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเอง ทั้งนี้งานวิจัยของเฮช วาย ลี และคนอื่น ๆ (H. Y. Lee, et al, 2014) พบว่ารายได้ต่อเดือนที่สูงขึ้นนั้นเชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญกับระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพที่สูงขึ้นทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ทั้งนี้พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ มีการรู้สารสนเทศสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูง และผู้ที่มีรายได้ครัวเรือนมากมีคะแนนเฉลี่ยการรู้สารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ครัวเรือนน้อย หลิวและคนอื่น ๆ (Liu et al, 2015) และงานวิจัยของ จริยา นพเคราะห์ (2560) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมีการรู้สารสนเทศสุขภาพดีกว่ารายได้ต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงมีทุนทรัพย์เพียงพอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือเพื่อดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง

### 3. เครื่องมือวัดการรู้สารสนเทศสุขภาพ

จากการทบทวนจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของเครื่องมือวัดการรู้สารสนเทศสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็นประเภท ดังนี้

3.1 แบบทดสอบ ได้แก่ งานวิจัยของ เลวีย์, แจนเค และแลงก้า (Levy, Janke, & Langa, 2015) ใช้แบบทดสอบ REALM-R วรรณศิริ นิลเนตร (2557) ใช้แบบทดสอบโดยพัฒนาเครื่องมืออ้างอิงมาจากการพัฒนาเครื่องมือวัดการรู้สารสนเทศสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และใช้เทคนิคเดลฟาย รัฐชญา ล่องเซ่ง (2560) ใช้แบบวัดและแบบทดสอบประยุกต์มาจากองค์ประกอบการรู้สารสนเทศสุขภาพของนักปฎิบัติ (Nutbeam, 2008) จริยา นพเคราะห์ (2560) ประยุกต์มาจาก Health Literacy scale ของอิชิกาว่า และคนอื่น ๆ Ishikawa et al. (2008) ภัทรธินิตา ศรีแสง และ วราภรณ์ ดีน้ำจืด (2562) พัฒนาแบบวัดจากแนวคิดการรู้สารสนเทศสุขภาพของไซเรนเซน และนพวรรณ แกมคำ (2562) ใช้แบบทดสอบการรู้สารสนเทศสุขภาพที่พัฒนาโดยวรรณศิริ นิลเนตร

3.2 แบบสอบถาม ได้แก่ งานวิจัยของ ตวง และคนอื่น ๆ (Duong et al., 2015) ใช้แบบสอบถามการสำรวจความรู้เกี่ยวกับการรู้สุขภาพในยุโรปฉบับภาษาจีน (HLS-EU-Q) หลิว และคนอื่น ๆ (Liu et al., 2015) ใช้แบบสอบถามการรู้สารสนเทศสุขภาพของพลเมืองจีนที่จัดทำโดยศูนย์การศึกษาด้านสุขภาพของจีน ปาร์กเกอร์ (Parker, 2016) โซเฟีย และ คาร์ล่า (Sofia & Carla, 2016) และเฉิน (Chen, 2017) ใช้แบบสอบถามการรู้สารสนเทศสุขภาพ

3.3 แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ งานวิจัยของ วิลเลียมส์-จอห์นสัน (Williams-Johnson, 2016) เอโรเนน, ปาร์กการิ, โปรเตโจส, ซายานาโฮ และ รันทานเนน (Eronen, Paakkari, Portegijs, Saajanaho, & Rantanen, 2018) วิมลมาศ หมื่นหอม (2556) กิจปพน ศรีธานี (2560) กานดาวลี มาลีวงษ์ และคนอื่น ๆ (2561)

3.4 แบบประเมินตนเอง ได้แก่ งานวิจัยของ เนติยา แจ่มทิม และ สินีพร ยืนยง (2560) อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2561) ประไพพิศ สิงหเสม พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ (2562) สมสุข ภาณุรัตน์ และคนอื่น ๆ (2562) นิยม จันทร์ นวล และสุมาลี สมชาติ (2563) ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี พ.ศ.2561 พัฒนาโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ  
สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการ  
สาธารณสุข ในเขต กรุงเทพมหานคร จำนวน 46 เขต จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 14,903 คน (สำนัก  
พัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร, 2561)

ตาราง 3 จำนวนชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ 46 สำนักงานเขตของ  
กรุงเทพมหานคร

ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ	ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ
1. คลองเตย	563	12. ทุ่งครุ	145
2. คลองสาน	34	13. ธนบุรี	383
3. คลองสามวา	300	14. บางกะปิ	80
4. คันนายาว	140	15. บางกอกน้อย	336
5. จตุจักร	298	16. บางกอกใหญ่	120
6. จอมทอง	350	17. บางขุนเทียน	67
7. ดอนเมือง	1,000	18. บางเขน	234
8. ดินแดง	190	19. บางคอแหลม	280
9. ดุสิต	470	20. บางแค	78
10. ดลิ่งชัน	96	21. บางซื่อ	268
11. ทวีวัฒนา	105	22. บางนา	46

ตาราง 3 (ต่อ)

ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ	ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ
23. บางพลัด	26	35. ลาดกระบัง	653
24. บางรัก	358	36. ลาดพร้าว	200
25. บึงกุ่ม	400	37. วังทองหลาง	1,030
26. ปทุมวัน	103	38. วัฒนา	53
27. ประเวศ	100	39. สะพานสูง	1,002
28. พญาไท	57	40. สาทร	486
29. พระนคร	30	41. สายไหม	1,300
30. ภาษีเจริญ	705	42. สวนหลวง	197
31. มีนบุรี	400	43. หนองจอก	70
32. ยานนาวา	331	44. หนองแขม	755
33. ราชเทวี	94	45. หลักสี่	109
34. ราษฎร์บูรณะ	621	46. ห้วยขวาง	240
รวมทั้งหมด	14,903		

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร 46 เขต ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มของตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970, p. 608) พบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 378 คน ซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยกว่าขั้นต่ำจำนวน 375 คน

2. สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 46 เขต โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จำแนกชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข ตามเขตชั้นใน เขตชั้นกลาง และเขตชั้นนอก ดังตาราง 4

ตาราง 4 ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ตามเขตชั้นใน เขตชั้นกลาง และเขตชั้นนอก

เขตชั้นใน		เขตชั้นกลาง		เขตชั้นนอก	
ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ	ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ	ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ
1. คลองเตย	563	1. คันนายาว	140	1. คลองสามวา	300
2. คลองสาน	34	2. จอมทอง	350	2. ดอนเมือง	1,000
3. จตุจักร	298	3. ทุ่งครุ	145	3. ดลิ่งชั้น	96
4. ดินแดง	190	4. บางกะปิ	80	4. ทวีวัฒนา	105
5. ดุสิต	470	5. บางเขน	234	5. บางขุนเทียน	67
6. ธนบุรี	383	6. บางแค	78	6. มีนบุรี	400
7. บางกอกน้อย	336	7. บางนา	46	7. ลาดกระบัง	653
8. บางกอกใหญ่	120	8. บางพลัด	26	8. หนองแขม	755
9. บางคอแหลม	280	9. บึงกุ่ม	400	9. หนองจอก	70
10. บางซื่อ	268	10. ประเวศ	100	10. หลักสี่	109
11. บางรัก	358	11. ภาษีเจริญ	705		
12. ปทุมวัน	103	12. ราษฎร์บูรณะ	621		
13. พญาไท	57	13. ลาดพร้าว	200		
14. พระนคร	30	14. วังทองหลาง	1,030		
15. ยานนาวา	331	15. สวนหลวง	197		
16. ราชเทวี	94	16. สะพานสูง	1002		
17. วัฒนา	53	17. สายไหม	1,300		
18. สาทร์	486				
19. ห้วยขวาง	240				

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (Quota sampling) โดยเลือกชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างอย่างละ 3 เขต จากเขตชั้นใน (ดินแดง ปทุมวัน จตุจักร) เขตชั้นกลาง (บางกะปิ ทุ่งครุ ประเวศ) และเขตชั้นนอก (ทวีวัฒนา หนองจอก หลักสี่) โดยในแต่ละเขตมีสัดส่วนเท่ากัน คือ เขตละ 42 ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าที่กำหนดทั้งหมด 378 คน ดังตาราง 7

ตาราง 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างละ 3 เขต จากเขตชั้นใน เขตชั้นกลาง และเขตชั้นนอก

เขต	ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เขตชั้นใน	ดินแดง (ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง)	42
	ปทุมวัน (ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี)	42
	จตุจักร (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ สาธารณสุข 24 บางเขน)	42
เขตชั้นกลาง	บางกะปิ (ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 35 หัวหมาก)	42
	ทุ่งครุ (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ สาธารณสุข 59 ทุ่งครุ)	42
	ประเวศ (ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 บุญ เรือง ล้าเลิศ)	42
เขตชั้นนอก	ทวีวัฒนา (ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวี วัฒนา)	42
	หนองจอก (ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำ ผักชี หนองจอก)	42
	หลักสี่ (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ สาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง)	42
รวมทั้งหมด		378

## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้คือ แบบทดสอบ ซึ่งมีการดำเนินการโดยสรุปดังนี้

1. ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพและสังเคราะห์กรอบประเด็นสำคัญของการรู้สารสนเทศสุขภาพ รวมทั้งศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ

2. ศึกษาหลักการและวิธีการสร้างเครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบทดสอบที่มีลักษณะเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก รวมถึงแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างข้อคำถามและตัวเลือก เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบประเด็นการรู้สารสนเทศสุขภาพและให้เหมาะสมกับระดับของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ

3. ศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Revised Taxonomy) (Anderson & Krathwohl, 2001) เนื่องจากสามารถใช้ในการจัดประเภทพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางปัญญาและการคิดซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ได้ และสร้างเครื่องมือประเมินผลการเรียนรู้ทางการศึกษาจะใช้กรอบทฤษฎีดังกล่าวนำไปใช้ประเมินด้านปัญญามากที่สุด ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกที่จะสร้างแบบทดสอบให้สามารถประเมินการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุใน 3 ระดับ ได้แก่ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ และการวิเคราะห์ เนื่องจากเป็นการวัดลักษณะความรู้ในระดับกลางมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนการวัดระดับความจำเป็นระดับพื้นฐานที่สุดซึ่งเป็นการถามความรู้ ความจำโดยไม่ต้องประมวลความคิด อาจทำให้ไม่สามารถสะท้อนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างได้ดี ในขณะที่ระดับการประเมินและสร้างสรรค์เป็นการวัดลักษณะความรู้ในระดับสูงซึ่งอาจไม่สามารถวัดด้วยคำถามแบบปรนัยได้ดีและไม่เหมาะสมกับภูมิหลังและประสบการณ์ของกลุ่มผู้สูงอายุ

4. ดำเนินการสร้างแบบทดสอบ โดยการนำกรอบประเด็นการรู้สารสนเทศสุขภาพที่สังเคราะห์ไว้เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามให้สามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาและกำหนดระดับการวัดพฤติกรรมทางปัญญาหรือลักษณะของความรู้ตามทฤษฎีพฤติกรรมการเรียนรู้ของบลูม โดยนำข้อมูลมาจัดทำในรูปแบบของตารางผังวิเคราะห์แบบทดสอบ จากนั้นสร้างข้อคำถามตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ในตารางวิเคราะห์แบบทดสอบ

5. กำหนดเกณฑ์การประเมิน ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์การประเมินของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา, 2561) ซึ่งเป็นเกณฑ์การประเมินความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 7-14 ปี และกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมาใช้เป็นแนวทางเนื่องจากศึกษาและพิจารณาเบื้องต้นแล้วว่ามี

ความเหมาะสม โดยจะนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเพิ่มเติมอีกครั้งในขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

6. จัดทำร่างแบบทดสอบ ซึ่งเป็นข้อสอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก รวมจำนวน 30 ข้อ รวมทั้งข้อมูลองค์ประกอบต่างๆ ของแบบทดสอบ โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบทดสอบ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและระบุคำตอบเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ รวมทั้งข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสภาพการใช้โทรศัพท์มือถือและการค้นหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 ส่วนที่เป็นแบบทดสอบวัดระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ มีข้อคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 1) ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ และ 3) ด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

7. นำแบบทดสอบที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทตรวจสอบในประเด็นที่เกี่ยวกับข้อคำถาม ตัวเลือก ความเหมาะสมของการใช้คำ สำนวนภาษา และความชัดเจนของคำถาม จากนั้นแก้ไขปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพ

8. ตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ ด้วยวิธีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความยากง่าย อำนาจจำแนก และความเที่ยง มีรายละเอียดดังนี้

8.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity) โดยการนำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นอาจารย์ทางด้านสารสนเทศศึกษาที่มีความรู้และประสบการณ์วิจัยทางด้านสารสนเทศสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์วิจัยทางด้านสารสนเทศสุขภาพของกองสุขภาพศึกษาพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตัวชี้วัด โดยตรวจสอบความชัดเจนของสำนวนภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อคำถามและตัวเลือก เกณฑ์การประเมินพร้อมทั้งองค์ประกอบต่างๆ ของแบบทดสอบ เพื่อพิจารณาว่าแบบทดสอบแต่ละข้อวัดได้สอดคล้องกับเนื้อหา ตัวชี้วัด และพฤติกรรมการเรียนรู้หรือไม่โดยใช้วิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item objective congruence) ได้ผลการประเมินที่มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งมากกว่า 0.50 แสดงว่าแบบสอบถามมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2543) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แก้ไขปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำ โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

- ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 10 คำถามข้อนี้มีลักษณะคล้าย ๆ กับข้ออื่น ๆ เปลี่ยนไปค้นเรื่องอื่นบ้าง เช่น โรคอ้วน โรคซึมเศร้า โภชนาการ การหกล้ม

สุขภาพ การรับประทานอาหาร ผลไม้ ฯลฯ และข้อนี้ง่ายไปหรือไม่ เพราะตัวเลือกข้อ ข. โดดเด่นเกินไป ทำให้ตอบง่าย และข้อนี้ประเด็นใกล้เคียงกับข้อ 6

- ด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 20 อาจพิจารณาเพิ่มข้อความในโจทย์มีความเป็นไปได้ว่าจะเป็นการขำขมมากที่สุด และโดยเฉพาะหัวข้อข่าวอาจไม่สามารถตัดสินได้

- ระดับการศึกษาควรระบุให้ชัดเจน เพราะที่กำหนดมาเมื่อนำไปสอบถามผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจน

- ปรับเป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบทดสอบอาจถามเกี่ยวกับ ท่านใช้คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟนในการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพบ่อยครั้งเพียงใด เพราะข้อมูลนี้อาจใช้ในการอภิปรายผลการวิจัยในตอนท้ายได้

- ข้อมูลที่เป็นภาพตัวอักษรอ่านยาก ควรปรับให้อ่านง่ายขึ้น

- ตัวเลือกในแบบทดสอบไม่ควรโดดเด่นเกินไป ซึ่งตัวเลือกข้ออื่น ๆ ก็ต้องกำหนดเป็น 2 คำด้วยเช่นกัน

- เกณฑ์การประเมิน ได้รับข้อเสนอแนะว่าควรมีการปรับเปลี่ยนการใช้คำเพื่อให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ โดยปรับเปลี่ยนคำอธิบายการแปลผลจากคำว่า “ระดับไม่ดี” เป็น “มีระดับการรู้สารสนเทศต่ำ” “ระดับพอใช้” เป็น “มีระดับการรู้สารสนเทศปานกลาง” “ระดับดี” เป็น “มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพสูง” และ “ระดับดีมาก” เป็น “มีระดับการรู้สารสนเทศสูงมาก”

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งก่อนนำไปตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบในวิธีการถัดไป

8.2 การตรวจสอบความยากง่าย อำนาจจำแนก และความเที่ยง มีรายละเอียดดังนี้

นำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try out) ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข เขตดุสิตและเขตดินแดง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ลองตอบคำถามเพื่อจะได้้นำผลมาคำนวณเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีการต่างๆ สำหรับค่าความยากง่าย (Difficulty) ได้ทดสอบกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ 1 ผลปรากฏว่าข้อสอบค่อนข้างยากมีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 14 ข้อสอบปานกลาง 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 12, 17, 20, 22, 27, 28 ข้อสอบค่อนข้างง่าย 15 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25 ข้อสอบง่ายมาก 7 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 8, 18, 26, 29, 30 เมื่อพิจารณาความยากง่าย

ของข้อสอบรายข้อแล้วพบว่าข้อสอบที่ค่อนข้างยากมีเพียงจำนวนน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับระดับปานกลาง ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก ซึ่งได้ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.33-1.00 จากนั้นจึงได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสม มีการเปลี่ยนตัวเลือก ตัวลงในบางข้อที่ค่าสถิติไม่เป็นไปตามเกณฑ์ให้ดีขึ้น ก่อนนำแบบทดสอบไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง หลังจากผู้วิจัยได้ปรับแบบทดสอบในแต่ละข้อให้มีความยากง่ายให้เหมาะสมนั้น ผลปรากฏว่าข้อสอบค่อนข้างยากมีจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 18, 20, 21, 24 ข้อสอบปานกลาง 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 25, 26, 27, 29, 30 ข้อสอบค่อนข้างง่าย 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 7, 11, 22, 23, 28 เมื่อเปรียบเทียบการกับทดสอบครั้งที่ 1 หลังจากปรับเปลี่ยนข้อคำถามความยากง่ายให้เหมาะสม มีการเปลี่ยนตัวเลือก ตัวลงในบางข้อแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าแบบทดสอบครั้งที่ 2 ค่าความยากง่ายอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถนำแบบทดสอบนี้ไปเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุต่อไปได้ ซึ่งได้ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20-0.73 ซึ่งค่าความยากง่ายของแบบทดสอบที่ยอมรับได้ คือ ค่าระหว่าง 0.20-0.80 (ภัทธา นิคมานนท์, 2543)

สำหรับการหาค่าอำนาจจำแนกพบว่าข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 24 จึงได้ทำการปรับปรุงข้อสอบข้อดังกล่าวอีกครั้งเพื่อให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และได้ข้อสอบครบตามจำนวน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วหากมีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 0.20 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2539) สำหรับการคำนวณค่าความเที่ยงใช้วิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ซึ่งค่าความเที่ยงที่ต้องไม่ต่ำกว่า 0.60 หรือ 60% ขึ้นไป คุณภาพของแบบทดสอบจึงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Kuder & Richardson, 1937) จากการตรวจสอบคุณภาพของแบบทดสอบข้างต้นจึงถือว่าแบบทดสอบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุมีคุณภาพเพียงพออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลวิจัยในขั้นตอนถัดไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รหัสโครงการวิจัย SWUEC/E/G-301/2563 เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2563 ผลการพิจารณาคือ มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ โดยให้มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการวิจัย U010q/64\_EXP เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ผลการพิจารณาคือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล และให้มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความร่วมมือจากชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ชมรมเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม 2564 ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จึงใช้แบบทดสอบออนไลน์ในการเก็บข้อมูลผ่านเครื่องมือ Google Form โดยประสานงานไปยังนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรง โดยส่งลิงก์แบบทดสอบออนไลน์ไปยังนักสังคมสงเคราะห์ให้ช่วยประสานให้ผู้สูงอายุตอบแบบทดสอบออนไลน์ ผ่านลิงก์ที่ส่งไปยังไลน์กลุ่มของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ได้กำชับให้นักสังคมสงเคราะห์แต่ละศูนย์ฯ อธิบายให้ผู้สูงอายุทำแบบทดสอบออนไลน์ด้วยตนเอง และลงพื้นที่เก็บข้อมูล ณ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขบางส่วน โดยประสานงานไปยังนักสังคมสงเคราะห์ ในวันที่ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรม ณ ชมรมฯ โดยก่อนเก็บข้อมูลมีการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจในการทำแบบทดสอบ และหากผู้สูงอายุท่านไหนไม่เข้าใจก็จะอธิบายเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ได้รับแบบทดสอบกลับคืนมาจำนวน 378 ชุด และเป็นแบบทดสอบที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมดการจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบทดสอบกลับมาคืนแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบทดสอบ และผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคำนวณสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ใช้การแจกแจงความถี่และหาค่า ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบทดสอบ
2. ใช้การหาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ โดยข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างมาคำนวณหาระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพจากผลคะแนนทั้งหมดในแต่ละด้าน คิดเป็นค่าร้อยละของการรู้สารสนเทศสุขภาพ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ซึ่ง มี 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน	การแปลความหมาย
คะแนนเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 80 ( $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม)	มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพสูงมาก
คะแนนเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 70 – 79 ( $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม)	มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพสูง
คะแนนเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 60 – 69 ( $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม)	มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ( $< 60\%$ ของคะแนนเต็ม)	มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำ

3. ใช้สถิติ t-test แบบ Independent วิเคราะห์เปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา และรายได้

4. เกณฑ์การแปลความหมายของค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก มีดังนี้

4.1 เกณฑ์การแปลความหมายค่าความยากง่ายของ ภัทรา นิคมานนท์ (2543)

ค่าความยากง่าย	ความหมาย
0.00-0.19	ยากมาก
0.20-0.39	ค่อนข้างยาก
0.40-0.60	ปานกลาง
0.61-0.80	ค่อนข้างง่าย
0.81-1.00	ง่ายมาก

4.2 เกณฑ์การแปลความหมายค่าอำนาจจำแนกของ ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ (2539) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วหากมีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 0.20 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้

ค่าอำนาจจำแนก	ความหมาย
ตั้งแต่ 0.40	มีอำนาจจำแนกดีมาก
0.30 - 0.39	มีอำนาจจำแนกดี
0.20 - 0.29	มีอำนาจจำแนกปานกลาง
0.00 - 0.19	ควรปรับปรุง
ต่ำกว่า	ควรตัดทิ้ง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ  
สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี  
สัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t Distribution
P	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขต  
กรุงเทพมหานคร
2. ระดับการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ  
สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร
3. เปรียบเทียบระดับการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา และรายได้

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขต  
กรุงเทพมหานคร

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขต  
กรุงเทพมหานคร

สถานภาพ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	73	19.3	224	59.3	297	78.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	35	9.3	46	12.2	81	21.4
<b>รวม</b>	108	28.6	270	71.4	378	100.0
<b>รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน)</b>						
น้อยกว่า 5,000 บาท	39	10.3	139	36.8	178	47.1
มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป	69	18.3	131	34.7	200	52.9
<b>รวม</b>	108	28.6	270	71.4	378	100.0
<b>อาชีพหลักในอดีต (ก่อนอายุ 60 ปี)</b>						
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	23	6.1	28	7.4	51	13.5
พนักงานเอกชน/บริษัท	25	6.6	37	9.8	62	16.4
รับจ้าง	33	8.7	111	29.4	144	38.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	22	5.8	74	19.6	96	25.4
เกษตรกร	4	1.1	4	1.1	8	2.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	0.3	16	4.2	17	4.5
<b>รวม</b>	108	28.6	270	71.4	378	100.0
<b>โทรศัพท์มือถือใช้ส่วนตัว</b>						
มี	96	25.4	233	61.6	329	87.0
ไม่มี	12	3.2	37	9.8	49	13.0
<b>รวม</b>	108	28.6	270	71.4	378	100.0

ตาราง 6 (ต่อ)

สถานภาพ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ
<b>ความถี่ในการใช้คอมพิวเตอร์/ โทรศัพท์ สมาร์ทโฟนเพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพ</b>						
1 ครั้ง / สัปดาห์	28	7.4	88	23.3	116	30.7
2-3 ครั้ง / สัปดาห์	22	5.8	55	14.6	77	20.4
4-5 ครั้ง / สัปดาห์	23	6.1	45	11.9	68	18.0
มากกว่า 5 ครั้ง / สัปดาห์	35	9.3	82	21.7	117	31.0
<b>รวม</b>	<b>108</b>	<b>28.6</b>	<b>270</b>	<b>71.4</b>	<b>378</b>	<b>100.0</b>
<b>การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>						
ค้นหาจากอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคม ออนไลน์						
ถามจากบุคคลในครอบครัว	54	14.3	89	23.5	143	37.8
ถามจากแพทย์/พยาบาล	56	14.8	113	29.9	169	44.7
ถามจากเพื่อน	24	6.3	72	19.0	96	25.4
ถามจากเจ้าหน้าที่ศูนย์	37	9.8	87	23.0	124	32.8
อื่น ๆ	3	0.8	18	4.8	21	5.6

จากตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 270 คน (ร้อยละ 71.4) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจำนวน 297 คน (ร้อยละ 78.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป จำนวน 200 คน (ร้อยละ 52.9) อาชีพหลักในอดีต (ก่อนอายุ 60 ปี) พบว่าประกอบอาชีพ รับจ้าง จำนวน 144 คน (ร้อยละ 38.1) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนใช้ส่วนตัว จำนวน 329 คน (ร้อยละ 87.0) ความถี่ในการใช้คอมพิวเตอร์/โทรศัพท์สมาร์ทโฟนเพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 117 คน

(ร้อยละ 31.0) และค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพค้นหาจากอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 212 คน (ร้อยละ 56.1)

2. ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

2.1 ร้อยละระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน)

ตาราง 7 ร้อยละระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

สถานภาพ	ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ								รวม	
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		สูงมาก		จำนวน (n)	ร้อยละ
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>										
ชาย	69	18.3	19	5.0	14	3.7	6	1.6	108	28.6
หญิง	176	46.6	67	17.7	27	7.1	0	0.0	270	71.4
<b>รวม</b>	245	64.8	86	22.8	41	10.8	6	1.6	378	100.0
<b>ระดับการศึกษา</b>										
ต่ำกว่าปริญญาตรี	206	54.5	63	16.7	26	6.9	2	0.5	297	78.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	39	10.3	23	6.1	15	4.0	4	1.1	81	21.4
<b>รวม</b>	245	64.8	86	22.8	41	10.8	6	1.6	378	100.0

ตาราง 7 (ต่อ)

สถานภาพ	ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ								รวม	
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		สูงมาก		จำนวน (n)	ร้อยละ
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ		
รายได้ (เฉลี่ยต่อ เดือน)										
น้อยกว่า 5,000 บาท	120	31.7	39	10.3	17	4.5	2	0.5	178	47.1
มากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	125	33.1	47	12.4	24	6.3	4	1.1	200	52.9
<b>รวม</b>	245	64.8	86	22.8	41	10.8	6	1.6	378	100.0

จากตาราง 7 พบว่า โดยรวมทั้งผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข  
ในเขตกรุงเทพมหานคร ชายและหญิง มีการรู้สารสนเทศระดับต่ำ (ร้อยละ 18.3, 46.6 ตามลำดับ)  
พิจารณาตามระดับการศึกษาพบว่า มีการรู้สารสนเทศสุขภาพระดับต่ำ (ร้อยละ 54.5, 10.3  
ตามลำดับ) พิจารณาตามรายได้พบว่า มีการรู้สารสนเทศสุขภาพระดับต่ำ (ร้อยละ 31.7, 33.1  
ตามลำดับ)

2.2 ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ  
สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

ตาราง 8 ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข  
ในเขตกรุงเทพมหานครโดยรวม และรายด้าน

การรู้สารสนเทศสุขภาพ	คะแนนเต็ม	ร้อยละ	ระดับการรู้ สารสนเทศ สุขภาพ
1. ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ			
1.1 ผู้สูงอายุสามารถกำหนดขอบเขตของ สารสนเทศสุขภาพที่ต้องการใช้ได้	5	50.9	ต่ำ
1.2 ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงสารสนเทศ สุขภาพที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิผล	5	49.1	ต่ำ
<b>รวม</b>	10	50.1	ต่ำ
2. ด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ			
2.1 ผู้สูงอายุสามารถประเมินสารสนเทศ สุขภาพและแหล่งสารสนเทศได้อย่าง มีวิจารณญาณได้	12	41.7	ต่ำ
<b>รวม</b>	12	41.7	ต่ำ
3. ด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพ			
3.1 ผู้สูงอายุสามารถใช้สารสนเทศสุขภาพได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	4	58.7	ต่ำ
3.2 ผู้สูงอายุสามารถใช้สารสนเทศสุขภาพ อย่างมีจริยธรรมและถูกต้องตามกฎหมาย	4	58.3	ต่ำ
<b>รวม</b>	8	58.5	ต่ำ
<b>รวมทุกด้าน</b>	30	50.1	ต่ำ

จากตาราง 8 พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำเมื่อ  
พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ ด้านการประเมินการรู้สารสนเทศ

สุขภาพ และด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับต่ำ เช่นเดียวกัน

3. การเปรียบเทียบระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา และรายได้

3.1 ผลการเปรียบเทียบระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามเพศ

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามเพศ

การรู้สารสนเทศสุขภาพ	เพศชาย		เพศหญิง		t	P
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ	5.00	2.22	5.01	2.06	-.045	.963
ด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ	5.27	2.58	4.90	2.04	1.356	.177
ด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพ	4.57	2.13	4.72	2.04	-.643	.521
<b>รวม</b>	<b>14.85</b>	<b>5.72</b>	<b>14.63</b>	<b>4.91</b>	<b>.343</b>	<b>.732</b>

P<.05

จากตาราง 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัยข้อ 1

3.2 ผลเปรียบเทียบระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตาม ระดับการศึกษา

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามระดับการศึกษา

การรู้สารสนเทศสุขภาพ	ต่ำกว่าปริญญาตรี		ปริญญาตรีขึ้นไป		t	P
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ	4.80	2.00	5.74	2.32	-3.587	.000*
ด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ	4.73	2.07	6.00	2.43	-4.662	.000*
ด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพ	4.62	2.08	4.87	2.03	-.950	.343
<b>รวม</b>	14.17	4.94	16.61	5.47	-3.850	.000*

\*P<.05

จากตาราง 10 พบว่า พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีการรู้สารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ และมีการประเมินสารสนเทศสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ และมีการประเมินสารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี

3.3 ผลการเปรียบเทียบระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจําแนกตาม รายได้

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจําแนกตามรายได้

การรู้สารสนเทศสุขภาพ	น้อยกว่า 5,000 บาท		มากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป		t	P
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ	4.59	2.04	5.37	2.09	-3.649	.000*
ด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ	4.80	2.20	5.19	2.22	-1.696	.091
ด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพ	4.89	2.08	4.49	2.04	1.921	.055
<b>รวม</b>	14.29	5.20	15.05	5.09	-1.1428	.154

\*P<.05

จากตาราง 11 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 3 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ในด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีการเข้าถึงสารสนเทศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไปมีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ  
สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้สรุปผลตามลำดับ ดังนี้

1. ความมุ่งหมายของการวิจัย
2. สมมติฐานการวิจัย
3. วิธีดำเนินการวิจัย
4. สรุปผลการวิจัย
5. อภิปรายผลการวิจัย
6. ข้อเสนอแนะ

#### ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อประเมินการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการ  
สาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบการรู้สึกรสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา และรายได้

#### สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครที่มีเพศ  
แตกต่างกันมีการรู้สึกรสนเทศสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครที่มี  
ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรู้สึกรสนเทศสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครที่มี  
รายได้แตกต่างกัน มีการรู้สึกรสนเทศสุขภาพแตกต่างกัน

#### วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ  
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร 46 เขต จำนวน 14,903  
ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข  
ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่สุ่มมาจากประชากรข้างต้น จำนวนรวมทั้งสิ้น 378 คน ซึ่งมากกว่า

จำนวนขั้นต่ำที่กำหนดไว้ในตาราง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) จำแนกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ตามเขตชั้นใน เขตชั้นกลาง และเขตชั้นนอก และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยเลือกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างอย่างละ 3 เขต จากเขตชั้นใน คือเขตดินแดง (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง) เขตปทุมวัน (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี) เขตจตุจักร (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน) เขตชั้นกลาง คือ เขตบางกะปิ (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 35 หัวหมาก) เขตทุ่งครุ (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 59 ทุ่งครุ) เขตประเวศ (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 57 บุญเรือง ลำเลิศ) และเขตชั้นนอก คือ เขตทวีวัฒนา (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา) เขตหนองจอก (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก) เขตหลักสี่ (ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง) โดยในแต่ละเขตมีสัดส่วนเท่ากัน คือ เขตละ 42

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบทดสอบ ซึ่งข้อความถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และข้อมูลทั่วไปสภาพการใช้โทรศัพท์มือถือ และการค้นหาข้อมูลสุขภาพจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ ซึ่งข้อความถามเป็นแบบปรนัยมีจำนวน 30 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruency: IOC) ผลประเมินได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งมากกว่า 0.50 แสดงว่า แบบทดสอบมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ได้ จากนั้นนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 6 สโมสรวัฒนธรรมหญิงจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบ ซึ่งได้ค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.20-0.73 และคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้วิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้จริง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รหัสโครงการวิจัย SWUEC/E/G-301/2563 เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2563 ผลการพิจารณาคือ มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ โดยให้มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการวิจัย U010q/64\_EXP เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ผลการพิจารณาคือรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล และให้มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม 2564 ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จึงใช้แบบทดสอบออนไลน์ในการเก็บข้อมูลผ่านเครื่องมือ Google Form โดยประสานงานไปยังนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ที่เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุโดยตรง โดยส่งลิงก์แบบทดสอบออนไลน์ไปยังนักสังคมสงเคราะห์ ให้ช่วยประสานให้ผู้สูงอายุตอบแบบทดสอบออนไลน์ ผ่านลิงก์ที่ส่งไปยังไลน์กลุ่มของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ได้กำชับให้นักสังคมสงเคราะห์แต่ละศูนย์ฯ อธิบายให้ผู้สูงอายุทำแบบทดสอบออนไลน์ด้วยตนเอง และลงพื้นที่เก็บข้อมูล ณ ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขบางส่วน โดยประสานงานไปยังนักสังคมสงเคราะห์ ในวันที่ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรม ณ ชมรมฯ โดยก่อนเก็บข้อมูล มีการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจในการทำแบบทดสอบ และหากผู้สูงอายุท่านไหนไม่เข้าใจก็จะอธิบายเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ได้รับแบบทดสอบกลับคืนมาจำนวน 378 ชุด และเป็นแบบทดสอบที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด

#### 4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคำนวณสำเร็จรูปเพื่อจัดกระทำข้อมูล ดังนี้

- 4.1 ใช้การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ใช้การหาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ โดยข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ ให้ 0 คะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างมาคำนวณหาระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพจากผลคะแนนทั้งหมดในแต่ละด้าน คิดเป็นค่าร้อยละของการรู้สารสนเทศสุขภาพ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- 4.3 ใช้สถิติ t-test แบบ Independent วิเคราะห์เปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา และรายได้

## สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 270 คน มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจำนวน 297 คน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป จำนวน 200 คน อาชีพหลักในอดีต (ก่อนอายุ 60 ปี) พบว่ารับจ้าง จำนวน 144 คน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือใช้ส่วนตัว จำนวน 329 คน ความถี่ในการใช้คอมพิวเตอร์/โทรศัพท์มือถือเพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มากกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 117 คน และค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพค้นหาจากอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 212 คน

2. ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรู้สารสนเทศโดยรวมในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้าน ในด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ ด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ และด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพ ผู้สูงอายุมีอายุมีการรู้สารสนเทศในระดับต่ำเช่นเดียวกัน

3. การเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา และรายได้ ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรเพศ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 ในขณะที่เมื่อจำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีการรู้สารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ และมีการประเมินสารสนเทศสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ และมีการประเมินสารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ส่วนผลการเปรียบเทียบตัวแปรรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 3 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ในด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีการเข้าถึงสารสนเทศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป มีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาคำถามว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ในเขตกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้ คือ 1) ปัจจัยทางการศึกษาและทักษะความสามารถในการเรียนรู้ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดและอุปสรรคในด้านปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ เช่น คนที่เรียนหนังสือน้อย อาจส่งผลต่อความเข้าใจในสารสนเทศสุขภาพที่ได้รับ หากไม่เข้าใจในสารสนเทศสุขภาพจะส่งผลให้ไม่สามารถนำสารสนเทศสุขภาพนั้นมาใช้ประโยชน์ได้ ความรู้และการรู้สารสนเทศสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลการป้องกันและการรักษาโรค ทั้งนี้ความสามารถในการใช้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ ตลอดจนการรับรู้สารสนเทศด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554; ประไพพิศ สิงหเสม และคนอื่น ๆ, 2562; พรชิตา อุปถัมภ์, 2559) 2) ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุอาจจะมี ความกังวลใจในด้านสุขภาพ ความกังวลในการเจ็บป่วย ความไม่แน่ใจในอาการป่วย เนื่องจากสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ผู้สูงอายุแต่ละคนจะประสบปัญหาที่แตกต่างกันไป เช่น การได้ยิน ประสิทธิภาพการได้ยินจะน้อยลง ความคมชัดของการมองเห็นจะน้อยลง การเคลื่อนไหวของร่างกายที่ช้าลง ความจำไม่ดี ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจตามมา ซึ่งผู้สูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลง และต้องมีการปรับตัวให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการเจ็บป่วยกลายเป็นปัญหาอันดับแรกของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องแสวงหาสารสนเทศสุขภาพเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง และผู้สูงอายุกลัวการเป็นภาระกับคนอื่น ๆ แม้กระทั่งครอบครัว จะรู้สึกเกรงใจเมื่อต้องพึ่งพาคนอื่น ๆ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงต้องแสวงหาสารสนเทศสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจในอาการป่วย ตลอดจนรับมือกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการแสวงหาสารสนเทศสุขภาพ และมีการใช้แหล่งสารสนเทศน้อยลง ทั้งนี้ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะกลุ่มเสี่ยงที่อาจยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลที่ใกล้ชิดได้ง่าย ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองอันนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาดได้

(Cutilli, 2015; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558; ประไพพิศ สิงหเสม พอเพ็ญ ไกรนรา และวราภรณ์ ทิพย์รัตน์, 2562; พันชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, 2561; พรชิตา อูปถัมภ์, 2559) 3) ปัญหาอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุไม่สามารถไปหาแหล่งสารสนเทศสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่ทราบแหล่งสารสนเทศสุขภาพที่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ไม่ทราบว่าใครมีความรู้ด้านใดบ้าง ไม่รู้วิธีการใช้ห้องสมุด เมื่อได้มาแล้วเนื้อหาที่ต้องการอ่านเข้าใจยาก และเนื้อหาที่ต้องการมีน้อย ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอินเทอร์เน็ตมีราคาแพง ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการเดินทาง และผู้สูงอายุมักจะสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งสารสนเทศบุคคล เช่น คนในครอบครัว เพื่อน ซึ่งอาจให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง (ก้องกิตากร บุญช่วย และคนอื่น ๆ, 2562; ชลธิดา ดินขุนทด และสมาน ลอยฟ้า 2559; พรชิตา อูปถัมภ์, 2559) ซึ่งจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงอาจส่งผลให้ระดับการรู้สารสนเทศของผู้สูงอายุโดยรวมมีระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) นพวรรณ แกมคำ (2562) เชฟเฟอร์ เบเรนส์ และ โวกท์ (Schaeffer, Berens & Vogt, 2017) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพขั้นพื้นฐาน (ระดับต่ำ) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปาร์กเกอร์ (Parker, 2016) โซเฟีย และคาร์ล่า (Sofia & Carla, 2016) พบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพระดับต่ำ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิจปพน ศรีธานี (2560) สมสุข และคนอื่น ๆ (2562) ประไพพิศ สิงหเสม พอเพ็ญ ไกรนรา และวราภรณ์ ทิพย์รัตน์ (2562) นิยม จันทร์นวล และสุมาลี สมชาติ (2563) นริศรา แก้วบรรจจักร ประไพจิตร ชุมแหวววาปี และกฤษฎกันทร สุวรรณพันธุ์ (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศในระดับไม่ดี และยังพบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศในระดับที่เป็นปัญหา (ศรีเสาวลักษณ์ ชุ่มพรมมี ขนิษฐา ดีเริ่ม และยุพาพร หอมสมบัติ, 2563) ทั้งนี้ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีการรู้สารสนเทศในระดับกำกวมและไม่เพียงพอ (นิศารัตน์ อุตตะมะ และเกษแก้ว เสียงเพราะ, 2562) ซึ่งหากยังคงมีสถานการณ์การรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับนี้ สังคมก็จะมีประชากรที่มีการรู้สารสนเทศสุขภาพระดับต่ำหรือไม่เพียงพอมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะผู้สูงอายุมีสัดส่วนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับประชากรช่วงวัยอื่น โดยผู้ที่มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพต่ำจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ และจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวม (นิยม จันทร์นวล และสุมาลี สมชาติ, 2563)

2. ผลการเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานครจำแนกตามตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา และรายได้ ดังนี้

2.1 ผลการเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรเพศ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันสิทธิทางสุขภาพ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การรักษา และ ทรัพยากร ไม่ว่าจะเพศสภาพใดก็มีบทบาทในสังคมที่เสมอภาคกัน (Thiraphon Singlor, 2564; กรม กิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมสุข ภาณุรัตน์ และคน อื่น ๆ (2562) โซเรนเซน และคนอื่น ๆ (Sorensen et al., 2015) คัตติลลิ (Cutilli, 2015) และโจเวินี (Joveini, 2019) ที่พบว่าเพศไม่ส่งผลต่อการรู้สารสนเทศสุขภาพ ในขณะที่ผลการวิจัยดังกล่าวไม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นพวรรณ แกมคำ (2560) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับระดับของการรู้สารสนเทศสุขภาพ เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่สนใจในการค้นคว้าข้อมูล สุขภาพมากกว่าเพศชาย ทั้งยังมีการเข้าร่วมกลุ่มสังคมหรือการติดต่อสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคคลหรือแหล่งความรู้ต่าง ๆ ได้ดี อีกทั้งยังมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้ อย่างดี และงานวิจัยของ หลิว และคนอื่น ๆ Liu, et al (2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายในจีนเจียง มีระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากบทบาทที่แตกต่างกันของชายและหญิง ในสังคม ส่งผลให้ทรัพยากรและโอกาสที่ชายและหญิงได้รับมีความแตกต่างกัน ดังนั้นเพศและ ปัจจัยทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันในบริบทของประเทศจีนทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมระหว่างเพศ ชายและหญิงในการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุเพศชายในจีนเจียงมีโอกาสในการ แสวงหาสารสนเทศสุขภาพที่เป็นประโยชน์ได้มากกว่าเพศหญิง

2.2 ผลการเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปร ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวม แตกต่างกันโดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีการรู้สารสนเทศสุขภาพสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาสูงกว่าจะรู้วิธีการสืบค้น ค้นหาและเลือกแหล่งสารสนเทศ รวมถึงสามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีเพียงหนึ่งในสามที่มีความสามารถ ข้างต้น และสามารถค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังสามารถ สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังรู้จักใช้สารสนเทศสุขภาพและ แนวคิดทางด้านสุขภาพให้ได้ทางเลือกที่เหมาะสมที่จะนำไปจัดการตนเอง รวมทั้งระดับการศึกษา ที่สูงขึ้น ทำให้มีอาชีพ ลักษณะการทำงานที่พบเจอผู้คนได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ การศึกษา หรือกลุ่มระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (Y. Liu, et al., 2015; ศิริภา คงศรี และสดไธ ศรี สะอาด, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) (จิตยา จันท์ทา, 2559) จริยา นพเคราะห์ (2560) นิศารัตน์ อุตตะมะ และเกษแก้ว เสียง เพราะ (2562) Stonska, Borowiec & Aranowska (2015) Ansari, et.al (2016) Sofia & Carla,

(2016) Cutilli, (2018) Nasrin, et al. (2019) และ Hochhauser, et al. (2019) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีการรู้สารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองและอาจความเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยด้านอาชีพ เนื่องจากอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาค่อนข้างสูง กล่าวคือ เมื่อการศึกษาดีจะประกอบอาชีพที่ดีเช่นกัน ในขณะที่ผลการวิจัยดังกล่าวไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของนพวรรณ แกมคำ (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับปริญญาตรี จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา มีคะแนนระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพในระดับที่ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การรู้สารสนเทศสุขภาพนั้นประกอบด้วยทักษะหลาย ๆ ส่วนประกอบกัน โดยแต่ละทักษะไม่เพียงแต่อาศัยความรู้เพียงอย่างเดียวโดยจะอาศัยทักษะประสบการณ์ในด้านอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการสั่งสมประสบการณ์มาอย่างยาวนาน มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลง การเป็นไปของสังคม อีกทั้งการได้รับการดูแล จนถึงการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ ที่มีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะที่เป็นองค์ประกอบของการรู้สารสนเทศสุขภาพ จึงทำให้แม้ว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะมีการศึกษาอยู่ในระดับใด ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มหรือลดการรู้สารสนเทศสุขภาพ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ และมีการประเมินสารสนเทศสุขภาพแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ และมีการประเมินสารสนเทศสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาจเป็นเพราะ ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมีข้อจำกัดต่อความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพของบุคคล ส่งผลให้ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ รวมถึงการค้นคว้า การเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูง (อามานี แดมะยู ศิริรัตน์ ปานอุทัย และพนิดา จันทโสภีพันธ์, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญิกา อยู่สำราญ ศรีสกุล ชนะพันธ์ และพานิช แก่นกาญจน์ (2563) และ (Y. Liu, et al., 2015) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา

สูงกว่ามีการเข้าถึง และแสวงหาสารสนเทศสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้มีผลต่อการทำความเข้าใจ ประเมิน ใช้ข้อมูลและแนวคิดทางด้านสุขภาพ ให้ได้ทางเลือกที่เหมาะสมที่จะนำไปจัดการตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจนเชื่อได้ว่ามีความน่าเชื่อถือ หรือสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลรวมไปถึงความสามารถในการเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อ สามารถวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียประเมินเนื้อหา และเปรียบเทียบข้อมูลต่าง ๆ ได้ (กิจปพน ศรีธานี, 2560; ธนาลักษณ์ สุขประสาน, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จริยา นพเคราะห์ (2560) และ โจเวนี (Joveini, 2019) พบว่าระดับ การศึกษาปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการรู้สารสนเทศสุขภาพ ในบุคคลที่มีการศึกษาต่ำมีปัญหาทั้ง การทำความเข้าใจและการประเมินสารสนเทศด้านสุขภาพ ซึ่งไม่สามารถ คิด วิเคราะห์ ประเมิน และไม่กล้าตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง อาจเป็นข้อจำกัดในการเกิดการ รู้สารสนเทศสุขภาพในผู้สูงอายุ ดังนั้นพวกเขามักจะมีการรู้สารสนเทศสุขภาพที่ต่ำ

2.3 ผลการเปรียบเทียบการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรรายได้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็น เพราะผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับสวัสดิการด้านรายได้จากการช่วยเหลือเพิ่มเติมจากรัฐในรูปแบบของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐฯ ในลักษณะเดียวกัน (วีรยุทธ คำแก้ว และ ราเชนทร์ นพณัฐวงศกร, 2564) และในการเก็บข้อมูลครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรม ผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมซึ่งจะช่วยพัฒนาการรู้สารสนเทศสุขภาพทางหนึ่ง ไม่มีการแบ่งแยกฐานะ และส่วนใหญ่ไม่เป็นกิจกรรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย สมาชิกทุกคนได้รับกิจกรรมใน แนวทางเดียวกัน (วรรณศิริ นิลเนตร, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (สมสุข ภาณุรัตน์ และ คนอื่น ๆ, 2562) นริศรา แก้วบรรจจักร ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ (2563) วรรณศิริ นิลเนตร (2557) โซเฟีย และคาร์ลา (Sofia & Carla, 2016) และลี (Lee, 2017) พบว่า รายได้ไม่ส่งผลต่อการรู้สารสนเทศสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนาลักษณ์ สุขประสาน (2560) วิทยา จันทร์ทา (2559) แอนซารี (Ansari, 2016) และ (Lee, 2017) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการรู้สารสนเทศสุขภาพ ผู้ที่มีรายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับระดับการรู้สารสนเทศ สุขภาพในระดับต่ำเนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพมีฐานะทางสังคมที่ดีกว่า มีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือการได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่มากกว่า ซึ่งมีความ แตกต่างในการรับและใช้สารสนเทศสุขภาพ อีกทั้งสอดคล้องกับระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ที่มี

รายได้ต่อเดือนสูงกว่าจะอยู่ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า และพวกเขาสนใจที่จะรับข้อมูลด้านสุขภาพมากกว่า

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีเพียงด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพเพียงด้านเดียวที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่ามีการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า อาจเป็นเพราะว่ารายได้ และสถานะทางเศรษฐกิจมีความสำคัญเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ในกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีผลต่อการรู้สารสนเทศสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดของรายได้ และการเข้าถึงแหล่งต่างๆ (นิสาร์ตน์ อุตตะมะ และเกษแก้ว เสียงเพราะ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว อธิวัฒน์ เจียวิวรรธน์กุล และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2561) จริญญา นพเคราะห์ (2560) วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ ไสภิต สุวรรณเวลา และญันท์ วอลเตอร์ (2563) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน อาจทำให้การเข้าถึงแหล่งความรู้ค่อนข้างมีจำกัด และเนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงมีทุนทรัพย์เพียงพอในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพได้สะดวก และรวดเร็วจากแหล่งที่น่าเชื่อถือเพื่อดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร ที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุในสังกัด ควรมีการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และพัฒนาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น

1.2 จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการรู้สารสนเทศสุขภาพในด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพในระดับต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งในด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ เป็นด้านที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ค่อยมีการประเมิน หรือตรวจสอบ โดยใช้วิจารณญาณอย่างถี่ถ้วนในการนำสารสนเทศสุขภาพไปใช้ ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ใช้สารสนเทศสุขภาพในทางที่ผิดได้ หน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ควรมีการให้ความรู้ หรือจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและนำไปใช้ได้ถูกต้อง

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 ควรมีการศึกษาแบบผสมวิธีหรือศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลการวิจัยเชิงลึกและครอบคลุมเกี่ยวกับการรู้สารสนเทศสุขภาพ

## 3. ข้อจำกัดในการวิจัย

3.1 เนื่องด้วยสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ทำให้การเก็บข้อมูลค่อนข้างลำบากซึ่งทำให้การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่ชมรมค่อนข้างยาก

3.2 การเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุค่อนข้างต้องใช้เวลา เนื่องจากผู้สูงอายุบางคนอ่านหนังสือได้แต่ไม่คล่อง ผู้วิจัยต้องอ่านให้ฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุตอบแบบทดสอบได้ง่ายยิ่งขึ้น และเนื่องจากแบบทดสอบมีเนื้อหาที่ใช้วัดความรู้ความเข้าใจ ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามใช้ภาษาที่ไม่เป็นทางการมากนัก ปรับให้ง่ายต่อความเข้าใจและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดแล้วแต่ยังมีเนื้อหาบางส่วนที่ต้องใช้เวลาในการอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจข้อความถามและคำตอบเพื่อให้สามารถตอบแบบทดสอบได้ตรงกับความจริงมากที่สุด

## บรรณานุกรม

- Anderson & Krathwohl. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives*. New York: Addison Wesley Longman.
- Ansari, H., et al., (2016). Health Literacy in older adults and Its related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. *Health Scope*, 1-6.
- Association of College and Research Libraries. (2000). Competency standards for higher education standards, performance indicator information literacy and outcomes. Retrieved from <https://alair.ala.org/bitstream/handle/11213/7668/ACRL%20Information%20Literacy%20Competency%20Standards%20for%20Higher%20Education.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baker, D. W., Michael, S. W., Joseph, F., Jason, A. T., Julie, A. G., & Jenny, H. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*, 167, 1503-1509.
- BCC Thai. (2563). โควิดโคโรนา : ที่มา อาการ การรักษา และการป้องกันโรคโควิด-19. สืบค้นจาก <https://www.bbc.com/thai/features-51734255>
- Begoray, D., & Kwan, B. (2011). A Canadian exploratory study to define a measure health literacy. *Health Promotion International*, 27(1), 23-32.
- Chen, H. (2017). *Association Between health literacy, health information access, and health care choices in China*. (Doctoral dissertation). Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- Chin, J., Madison, A., Gao, X., Conner-Gacia, T., Graumlich, J., Murray, M., & Stine-Morrow, E. (2017). Cognition and health literacy in older adults' recall of self-care information. *The Gerontologist*, 57(2), 261-268.
- Cutilli, C. C. (2015). *Health literacy, health disparities and sources of health information in us older adults*. (Doctoral dissertation). Duquesne University, United States.

- Dewalt, D. A., et al. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*, 19(2), 1228-1239.
- Duong, V. T., Lin, I. F., Sorensen, K., Pelikan, J., Van den Broucke, S., Lin, Y.-C., & Chang, P. (2015). Health Literacy in Taiwan: A Population-based study. *Asia-Pacific journal of public health*, 27(8), 1-10.
- Eronen, J., et.al. (2018). Assessment of health literacy among older Finns. aging clinical and experimental research. Retrieved from doi.org/10.1007/s40520-018-1104-9
- Geboers, B. e. a. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual Life Res*, 25, 2869–2877.
- Ishikawa et al. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy : a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23(3), 269-274.
- Joveini, H. J., et al,. (2019). Health literacy and its associated demographic factors in 18–65 year old, literate adults in Bardaskan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 31, 1-8.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities *Educational and Psychological Measurement* (607-610).
- Kuder & Richardson. (1937). The Theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2, 151-160.
- Lee, H. Y., et al. (2014). Gender differences in dealth literacy among korean adults : do women have a higher level of health literacy than men? *American Journal of Men's Health*, 9(5), 370-379.
- Lee, S., et al. (2017). A study on the health literacy of the elderly in rural area. *Biomedical Research*, 28(17), 7567-7573.
- Levy, H., et al. (2014). Health literacy and the digital divide among older Americans. *J Gen Intern Med*, 30(3), 284–289.
- Levy, H., Janke, A. T., & Langa, K. M. (2015). Health literacy and the digital divide among older Americans. *J Gen Intern Med*, 30(3), 284-289.

- Liu, Y., et al., (2015). The health literacy status and influencing factors of older population in Xinjiang. *Iran J Public Health*, 44(7), 913-919.
- Liu, Y., Wang, Y., Liang, F., Chen, Y., Liu, L., Li, Y., & Yao, H. (2015). The health literacy status and influencing factors of older population in Xinjiang. *Iranian journal of public health*, 44(7), 913-919.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy : an integrative review of the literature. *Nurs Health Sci*, 11(1), 77-89.
- Medical Library Association. (2007). Health information literacy. Retrieved from <http://www.malnet.org/resources/health/define.html>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy : essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-10.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal I: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Parker, W. (2016). *Health literacy among elderly hispanics and medication usage*. (Doctoral dissertation). Walden University, United States.
- Pleasant, A., & Kuruville, S. (2008). A tale of two health literacies : public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159.
- Schaeffer, D., Berens, E., & Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population. *Ärztblatt International*, 114, 53-60.
- Shen, M., et al., (2015). Assessment of the Chinese resident health literacy scale in a population-based sample in South China. *BMC Public Health*, 15(637).
- Sofia, V., & Carla, S. (2016). Health literacy of a sample of Portuguese elderly. *Applied Research In Health And Social Sciences: Interface And Interaction*, 13(1), 14-26.
- Sorensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Fullam, J. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.

- Thiraphon Singlor. (2564). ไม่ว่าเพศสภาพใด การอยู่ในสังคมที่สามารถมีบทบาท มีสิทธิในการปกครองตนเอง และเข้าถึงทรัพยากร จะช่วยทำให้มีสุขภาพดีขึ้นได้. สืบค้นจาก <https://www.sdgmove.com/2021/02/22/gender-health-disparities-mosuo-ethnicity/>
- TNN Thailand. (2563). ผลการศึกษาพบผู้สูงอายุเสี่ยงที่สุดจากโรคโควิด-19. สืบค้นจาก <https://www.tnnthailand.com/content/33617>
- Williams-Johnson, L. (2016). *Preventive health education media and older worker health literacy*. (Doctoral dissertation). Walden University, United States.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion*. Switzerland: WHO Publications.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ “สุขภาพดี”. กรุงเทพฯ: กรม.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรม.
- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2563). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความเสมอภาคระหว่างเพศ. กรุงเทพฯ: กรม.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: กระทรวง.
- ก้องกิดากร นุญช่วย และคนอื่น ๆ. (2562). การแสวงหาและการใช้สารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนแออัด จังหวัดสงขลา. สืบค้นจาก <https://km.li.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2020/01/CRM-2-Slide.pdf>
- กองสุขศึกษา. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ 7-14 ปีและกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กัญนิภา อยู่สำราญ ศรีสกุล ชนะพันธ์ และพานิช แก่นกาญจน์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 26(1), 153-167.
- กานดาวลี มาลีวงษ์ และคนอื่น ๆ. (2561). ความรอบรู้สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย. วารสารเกื้อการุณย์, 25(2), 119-136.

- กิจปพน ศรีธานี. (2560, มกราคม-มีนาคม). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับ  
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบ  
สาธารณสุข, 11(1), 26-36.
- ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และคนอื่น ๆ. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ ดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพใน  
ประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(2), 1-8.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพใน  
ประชากรผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(2), 1-8.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่  
2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุข  
ศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยา นพเคราะห์. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็น  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
เชียงใหม่.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ  
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ชลธิดา ดินขุนทด และสมาน ลอยฟ้า (2559). การศึกษาพฤติกรรมการรณรงค์สุขภาพของผู้สูงอายุ  
จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 34(2), 75-89.
- ธนาลักษณ์ สุขประสาน. (2559). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเองกับการ  
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. (ปริญญา  
นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- นพวรรณ แกมคำ. (2562). การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.  
(ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นริศรา แก้วบรรจจักร ประไพจิตร ชุมแวงวาปี และกฤษกันทร สุวรรณพันธุ์. (2563). ปัจจัยความรอบรู้  
ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง  
ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ,  
3(3), 1-15.

- นิยม จันทรินวล และสุมาลี สมชาติ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 3(2), 121-127.
- นิศารัตน์ อุตตะมะ และเกษแก้ว เสี่ยงเพราะ. (2562, กรกฎาคม-ธันวาคม). ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา, 42(2), 75-85.
- เนติยา แจ่มทิม และ สินีพร ยืนยง. (2560). การใช้สื่อออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศสุขภาพออนไลน์ของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.
- บังอร ธรรมศิริ. (2549). ครอบคลุมกับการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารการเวก, 1, 47-56.
- ประไพพิศ สิงหเสม พอเพ็ญ ไกรนรา และวราภรณ์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 11, 37-51.
- ประไพพิศ สิงหเสม และคนอื่น ๆ. (2562). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(5), 790-802.
- ประภาพร จินันทุยา และคนอื่น ๆ. (2545). การส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ คู่มือการสอนการส่งเสริมสุขภาพหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ม.ป.ท.: ที่ประชุมคณบดีและหัวหน้าสถาบันการศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย.
- พนัชกร ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม. (2561). สุขภาพผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พรชิตา อุลถัมภ์. (2559). พฤติกรรมการแสวงหาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารปารีชาติ, 29(2), 71-78.
- ภัทรธิดา ศรีแสง และ วราภรณ์ ดินน้ำจืด. (2562). ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร : การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 340-350.
- ภัทรา นิคมานนท์. (2543). การประเมินผลการเรียน. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อักษรวิพัฒน์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ.
- รัฐชญา ล่องเซ่ง. (2560). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุใน จังหวัดสงขลา. วารสารครุพิบูล, 4(2), 93-111.
- ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2556). ประเทศไทย ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเกือบเต็มตัวแล้ว. สืบค้นจาก <https://www.royalthaident.org/dentist/talk/7>
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2539). เทคนิควิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2543). เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และ สุวีร์ ชันธวัชวงศ์. (2549). สาระทบทวนการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุขฎิบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ ไสภิต สุวรรณเวลา และญันท์ วอลเตอร์. (2563). ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง. วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(2), 26-38.
- วิทยา จันทร์ท่า. (2559). ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- วิมลมาส หมื่นหอ. (2556). ความแตกฉานทางด้านสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวเกาหลีในกรุงโซล. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วีรยุทธ คำแก้ว และราเชนทร์ นพณ์ฐวงศกร. (2564). ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ เขตสัมพันธวงศ์กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 21(1), 15-28.
- ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี ขนิษฐา ดีเริ่ม และยุพาพร หอมสมบัติ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม, 14(33), 88-106.
- ศิริภา คงศรี และสดีไล ศรีสะอาด. (2561). องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแล สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล, 29(2), 55-68.

ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.

วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 12(1), 39-48.

สกุณา บุญนารากร. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย. สงขลา: เทมการพิมพ์.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). คู่มือการอบรมเรื่องเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ.

กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2561). คู่มือการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิม สำหรับผู้นำ

มัสยิด. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมสุข ภาณุรัตน์ และคนอื่นๆ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของ

ผู้สูงอายุอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลตำรวจ, 11(1), 86-94.

สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. (2561). ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 50 สำนักงานเขตของ

กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <http://www.bangkok.go.th/social/page/sub/7600> ข้อมูล

ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่-50-สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร

สุทธิพงษ์ บุญผดุง. (2544). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตาม

หลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล. (2557). สังคมผู้สูงอายุ กับความท้าทายของการจัดการด้านสุขภาพ.

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2(17), 1-4.

อามานี แดมะยู ศิริรัตน์ ปานอุทัย และพนิดา จันทโสภีพันธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบ

รู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.

วารสารสมาการพยาบาล, 35(3), 87-107.

อุทุมพร ศรีเขื่อนแก้ว อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่าง

ความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุใน

โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *MFU Connexion*, 7(2), 76-95.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ

ที่ อว 8718/524



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ  
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

9 มีนาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

เนื่องด้วย นายธีระวัฒน์ นิลละออ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิพิมล ประพินพงศกร และอาจารย์ ดร.ศุภรชชตรา แสนวา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ปิติธนบดี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบทดสอบ ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายธีระวัฒน์ นิลละออ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 063 341 8885

ที่ อว 8718/524



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ  
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

9 มีนาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

เนื่องด้วย นายธีระวัฒน์ นิลละอ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิพิมล ประพินพงศกร และอาจารย์ ดร.ศุภรชชตรา แสนวา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ก้องกิตติกร บุญช่วย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบทดสอบ ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายธีระวัฒน์ นิลละอ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 063 341 8885

ที่ อว 8718/524



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ  
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

9 มีนาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นางสาวเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี

เนื่องด้วย นายธีระวัฒน์ นิลละออ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิพิมล ประพินพงศกร และอาจารย์ ดร.ศุภรชศรา แสนวา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบทดสอบ ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายธีระวัฒน์ นิลละออ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 063 341 8885



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบทดสอบ

### เรื่อง การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัย นายธีระวัฒน์ นิลละออ

นิติระดับปริญญาโท หลักสูตร ศศม. (สารสนเทศศึกษา)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

#### คำชี้แจง

แบบทดสอบนี้จัดทำขึ้นเพื่อวัดระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบบทดสอบฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบทดสอบ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ

#### คำนิยาม

การรู้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึง รู้ถึง ความต้องการสารสนเทศสุขภาพ และระบุแหล่งสารสนเทศสุขภาพ รวมทั้งการประเมินคุณค่าของสารสนเทศสุขภาพที่ค้นหาได้และใช้สารสนเทศสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแบ่งความสามารถออกเป็น 3 ด้าน คือ

การเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระบุและแสดงความต้องการสารสนเทศสุขภาพของตนได้ชัดเจน และสามารถระบุประเภทและรูปแบบของแหล่งสารสนเทศเลือกวิธีการศึกษาหรือระบบการค้นคืนสารสนเทศได้เหมาะสมกับสารสนเทศสุขภาพที่ต้องการ การกำหนดกลยุทธ์การค้นหายสารสนเทศ และดำเนินการค้นหายสารสนเทศโดยใช้วิธีการต่าง ๆ ได้

การประเมินสารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการใช้สารสนเทศสุขภาพอย่างมีวิจญาณและสามารถตรวจสอบความเที่ยงตรง และความถูกต้องของสารสนเทศสุขภาพได้

การใช้สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการใช้สารสนเทศสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ประกอบกับการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพที่ดีได้ และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามกฎหมาย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบทดสอบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง

2. ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าปริญญาตรี

ปริญญาตรีขึ้นไป

3. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

4. อาชีพหลักในอดีตของท่าน (ก่อนอายุ 60 ปี)

ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

พนักงานเอกชน/บริษัท

รับจ้าง

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

ไม่ได้ประกอบอาชีพ

อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ข้อมูลทั่วไปสภาพการใช้โทรศัพท์มือถือ และการค้นหาข้อมูลสุขภาพ

1. ท่านมีโทรศัพท์มือถือใช้ส่วนตัวหรือไม่

มี  ไม่มี

2. ความถี่ในการใช้คอมพิวเตอร์/โทรศัพท์มือถือเพื่อค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1 ครั้ง / สัปดาห์

2-3 ครั้ง / สัปดาห์

4-5 ครั้ง / สัปดาห์

มากกว่า 5 ครั้ง / สัปดาห์

3. โดยปกติแล้วท่านมักค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ค้นหาจากอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์

ถามจากบุคคลในครอบครัว

ถามจากแพทย์/พยาบาล

ถามจากเพื่อน

ถามจากเจ้าหน้าที่ศูนย์

อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ตอนที่ 2 แบบทดสอบวัดระดับการรู้สารสนเทศสุขภาพ มีจำนวน 30 ข้อ

คำชี้แจง 1. โปรดทำแบบทดสอบทุกข้อ

2. โปรดทำเครื่องหมาย X บนคำตอบข้อที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

ด้านการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพ

1. หากท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ “โรคหัวใจ” ท่านควรคำนึงถึงสิ่งใดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการมากที่สุด ยกเว้นข้อใด

- ก. รูปแบบของข้อมูล
- ข. ความทันสมัยของข้อมูล
- ค. คุณภาพของข้อมูล
- ง. ปริมาณจำนวนมากของข้อมูล

2. หากท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ “ฝุ่น PM 2.5” ที่สามารถค้นข้อมูลได้เร็วและทันสมัยที่สุด ท่านจะเลือกใช้สารสนเทศประเภทใด

- ก. วารสาร, หนังสือ
- ข. หนังสือ, หนังสือพิมพ์
- ค. สารานุกรม, เว็บไซต์
- ง. วารสาร, เว็บไซต์

3. หากท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ “โรคอัลไซเมอร์” ท่านจะเลือกใช้จากแหล่งสารสนเทศใดที่คิดว่าให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและครบถ้วนมากที่สุด

- ก. คลินิก, ห้องสมุดประชาชน
- ข. โรงพยาบาล, ร้านขายยา
- ค. โรงพยาบาล, ศูนย์บริการสาธารณสุข
- ง. ร้านขายยา, ห้องสมุดประชาชน

4. ท่านคิดว่ารูปแบบของข้อมูลเกี่ยวกับ “ผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19” ข้อใดที่ให้ข้อมูลครบถ้วนมากที่สุด

- ก. ภาพข่าวจากหนังสือพิมพ์
- ข. คลิปวิดีโอข่าวในรายการโทรทัศน์
- ค. เนื้อหาจากเว็บไซต์ข่าว
- ง. ข้อความโพสต์ในเฟซบุ๊กที่มีผู้ติดตามจำนวนมาก

5. หากท่านต้องการค้นหาคลิปวิดีโอเกี่ยวกับ "การดูแลตัวเองแบบเบื้องต้นในช่วงโควิด-19" ควรใช้วิธีการใดค้นหาจึงจะได้ข้อมูลในรูปแบบที่ตรงความต้องการมากที่สุด

- ก. ค้นหาจากยูทูป
- ข. ค้นหาจากเว็บไซต์สำนักข่าว
- ค. ค้นหาจากจากเว็บไซต์พื้นที่ห้องคลับสุขภาพ
- ง. ค้นหาจากเฟซบุ๊กเพจต่าง ๆ จนพบคลิปวิดีโอที่ต้องการ

6. หากท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ "โรคโควิด-19" คำค้นใดที่ให้ความหมายแทนกันได้ดีที่สุด

- ก. โรคระบาด, ไวรัสอู่ฮั่น, โควิด-19
- ข. โรคติดต่อ, ไวรัสอู่ฮั่น, โควิด-19
- ค. โรคติดต่อ, โควิด-19, Coronavirus
- ง. โรคไวรัสโคโรนา, โควิด-19, Coronavirus

7. หากท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ "สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ" จะใช้คำค้นใดให้ได้ตรงความต้องการมากที่สุด

- ก. จิตใจ, สุขภาพ
- ข. สุขภาพ, ผู้สูงอายุ
- ค. สุขภาพ, จิต
- ง. สุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

8. หากท่านต้องการทราบว่ามีความจำเป็นสำหรับ "การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน" อย่างไรบ้าง ควรหาข้อมูลจากแหล่งใด

- ก. วารสารเบาหวาน
- ข. เฟซบุ๊กชมรมรักสุขภาพ
- ค. วิกิพีเดียโรคเบาหวาน
- ง. คอลัมน์โรคเบาหวานในหนังสือพิมพ์

9. หากท่านต้องการข้อมูล "โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ" จะค้นจากเว็บไซต์ของหน่วยงานใดที่จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมากที่สุด

- ก. เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ข. เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข
- ค. เว็บไซต์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข
- ง. เว็บไซต์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

10. หากต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง “การบำบัดรักษาจิตใจผู้สูงอายุด้วยสัตว์เลี้ยง” ท่านจะค้นหาข้อมูลด้วย คำใดถึงจะได้ผลลัพธ์ที่ตรงมากที่สุด

- ก. การบำบัด, จิตใจ, ผู้สูงอายุ
- ข. สัตว์เลี้ยงบำบัด, ผู้สูงอายุ
- ค. การรักษา, จิตใจ, ผู้สูงอายุ
- ง. สัตว์เลี้ยงบำบัด, การรักษา, ผู้สูงอายุ

ด้านการประเมินสารสนเทศสุขภาพ

11. ในการตัดสินใจซื้อ “อาหารเสริม” ท่านควรพิจารณาจากสิ่งใดเป็นลำดับต้น ๆ

- ก. มีผู้มีชื่อเสียงเป็นผู้ผลิตและมีดารา เซเลบบริตี้ที่ชื่อบริโภคกันจำนวนมาก
- ข. มีโรงงานที่ได้มาตรฐานการผลิต และได้รับรองจากองค์การอาหารและยา
- ค. เป็นแบรนด์ที่มีชื่อเสียง และมีข้อมูลทางโภชนาการที่ครบถ้วน
- ง. ราคาถูก มีสรรพคุณมาก และนำเข้าอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

12. เมื่อท่านค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับ “อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับวัคซีน” ท่านคิดว่าข้อใดไม่ใช่คุณลักษณะของข้อมูลที่ดี

- ก. ถูกต้อง
- ข. ทันสมัย
- ค. น่าเชื่อถือ
- ง. ปริมาณมาก

จงอ่านข้อความในภาพต่อไปนี้ แล้วตอบคำถามข้อที่ 13-16

ต้มเอา ขิง ข่า ตะไคร้ หอม  
กระเทียม  
หอมแดงทุบละเอียดแล้วต้มดื่ม  
ต้องต้มตอนอุ่นๆ จึงจะได้ผล  
ต้มแทนน้ำได้  
แก้โรคโควิดได้ เหมือนสม้ยอ  
โยธยา  
ท่านก็ต้มกินกัน โรคทำได้  
ช่วยส่งต่อเป็นกุศลด้วยนะ



ภาพจาก : <https://twitter.com/bonusiie/status/1242663127142920193>

13. จากข้อความในภาพข้างต้น ท่านคิดว่าเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือหรือไม่ เพราะเหตุใด
- น่าเชื่อถือ เพราะมีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพครบถ้วน
  - น่าเชื่อถือ เพราะมีข้อมูลยืนยันว่ารักษาได้จากในอดีต
  - ไม่น่าเชื่อถือ เพราะมีการส่งต่อข้อมูลนี้จำนวนมาก
  - ไม่น่าเชื่อถือ เพราะยังไม่มีหลักฐานงานวิจัยยืนยันว่าช่วยแก้ไขโรคได้
14. ต่อไปนี้เป็นวิธีตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ยกเว้น ข้อใด
- สอบถามจากญาติหรือคนใกล้ชิดในครอบครัว
  - สอบถาม/ขอคำปรึกษาจากแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
  - ตรวจสอบข้อมูลจากศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย
  - ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาหลายๆ แหล่ง
15. หากท่านจะส่งต่อข้อมูลนี้ให้บุคคลที่ท่านรู้จัก ท่านจะต้องคำนึงถึงข้อใดเป็น ลำดับแรก
- ข้อมูลนี้มีประโยชน์มาก
  - ได้กุศลจากการส่งต่อข้อมูลนี้
  - หาแหล่งที่มาของข้อมูลก่อน
  - คนที่ได้รับข้อมูลนี้น่าจะทำตามได้ไม่ยาก
16. จากข้อความในภาพข้างต้น ท่านคิดว่าข้อใดกล่าวถูกต้อง และน่าเชื่อถือที่สุด
- มีวิธีการทำไม่ยาก สามารถนำสมุนไพรจากที่กล่าวมาต้มดื่มตอนอุ่น ๆ แทนน้ำได้จึงจะได้ผล
  - สมุนไพรจากที่กล่าวมาสามารถป้องกันโรคห่าที่เกิดจากสมัยอยุธยาได้จริง
  - สมุนไพรข้างต้นหาได้ง่าย ต้มแล้วอาจจะป้องกันโรคอื่นได้แต่ไม่ใช่โรคโควิด
  - การต้มสมุนไพรที่กล่าวมา สามารถดื่มแก้โรคโควิดได้ผลดีเพราะมีคนหายมาแล้ว
17. “คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้รับวัคซีน โควิด-19” จัดทำโดย กรมควบคุมโรค” จากข้อมูลดังกล่าว ท่านคิดว่าควรใช้เกณฑ์ใดเป็นอันดับแรกในการประเมินสารสนเทศ
- ความถูกต้อง
  - ความน่าเชื่อถือ
  - ความทันสมัย
  - ความครบถ้วนสมบูรณ์

18. คุณค่าของเนื้อหาเกี่ยวกับ “วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19” สามารถพิจารณาจากสิ่งต่าง ๆ ยกเว้นข้อใด

- ก. ความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหา
- ข. รายงานข่าวเหตุการณ์ความเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว
- ค. ความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของเนื้อหา
- ง. ความทันสมัยของเนื้อหา

19. ถ้าต้องการข้อมูลเกี่ยวกับ “โภชนาการในผู้สูงอายุ” ท่านคิดว่าแหล่งข้อมูลใดน่าเชื่อถือที่สุด

- ก. “กินอย่างไร ได้อย่างนั้น เปิดโภชนาการผู้สูงอายุสุขภาพดี” จากเว็บไซต์ข่าวมติชนออนไลน์([www.matichon.co.th](http://www.matichon.co.th))
- ข. “อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ปรับวิธีการกินให้เหมาะสมเพื่อสุขภาพของผู้สูงวัย” จากเว็บไซต์บริษัทเฮลแคร์จำหน่ายสินค้าเพื่อสุขภาพ ([www.healthcare.com/food-for-elderly](http://www.healthcare.com/food-for-elderly))
- ค. “เกร็ดความรู้สุขภาพ : อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ” จากเว็บไซต์สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ([www.thaihealth.or.th](http://www.thaihealth.or.th))
- ง. “9 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ” จากเว็บไซต์สังคมผู้สูงอายุ ([www.elderlysociety.com](http://www.elderlysociety.com))

# การป้องกัน สำหรับผู้ป่วยโรคไต



	 <p>ตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือดดูหน้าที่ของไต อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง</p>		 <p>หลีกเลี่ยงการซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง หรือใช้ยาเอ็นเสด (NSAIDs) ติดต่อกันเป็นประจำ</p>
	 <p>ถ้าป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคไขมันในเลือดสูง อย่าย่างกรังกรัด หรือถ้าเป็นความดันโลหิตสูง ก็ควรควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ตามคำแนะนำของแพทย์</p>		 <p>รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ให้น้อยลง</p>
	 <p>ออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพดี และไม่อ้วน</p>		 <p>งดสูบบุหรี่</p>
	 <p>รับประทานอาหารที่ไม่เค็มจัด ไม่หวานจัด ไม่มันจัด</p>		 <p>หลีกเลี่ยงหรือลดการบริโภค เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นส่วนผสม</p>



ที่มา: สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

ภาพจาก : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (<http://www.thaincd.com>)

20. จากภาพดังกล่าวข้างต้นท่านจะพิจารณาได้อย่างไรว่าข้อมูลนี้มีความน่าเชื่อถือและถูกต้องมากที่สุด

- มีภาพประกอบสวยงาม
- ชื่อเรื่องอ่านเข้าใจง่าย
- มีผู้จัดทำและแหล่งที่มาที่น่าเชื่อถือ
- มีข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน

21. ท่านคิดว่าวิธีการใดต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ช่วยในการพิจารณาว่าข่าวข้างต้นนี้เป็นข่าวจริง หรือ ข่าวลวง ยกเว้นข้อใด

- ก. ข่าวนี้มีบอแหล่งที่มาของข้อมูลหรือไม่
- ข. ตรวจสอบวันที่ที่เผยแพร่ข่าวนี้
- ค. มีการใช้ข้อความพาดหัวข่าวที่ดูน่าตระหนกเกินไปหรือไม่
- ง. ใช้วิธีการค้นหาจากแหล่งข่าวอื่น ๆ ด้วยว่าให้ข้อมูลตรงกันหรือไม่

22. ข้อใดเป็นสิ่งที่ใช้พิจารณาเว็บไซต์แห่งหนึ่งที่ให้คำแนะนำในการกินอาหารให้เหมาะกับคนที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงว่ามีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

- ก. โหลดหน้าเว็บได้รวดเร็ว
- ข. ออกแบบหน้าเว็บได้สวยงาม
- ค. มีชื่อผู้รับผิดชอบการนำเสนอเนื้อหาบนเว็บ
- ง. มีภาพประกอบผลิตภัณฑ์ชื่อดังที่ใช้ลดภาวะไขมันในเลือดสูง

ด้านการใช้สารสนเทศสุขภาพ

23. หากท่านได้ข้อมูลเกี่ยวกับ “อาการนอนไม่หลับ” มาแล้ว ท่านจะมีวิธีการคัดเลือกและใช้ข้อมูลนั้นอย่างไร เพื่อให้ตรงกับความต้องการของตนเองมากที่สุด

- ก. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้ไปใช้ทั้งหมดเพราะยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง
- ข. เลือกข้อมูลบางส่วนและปรึกษาเพื่อนก่อนนำไปใช้
- ค. สรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้องและปรึกษาเพื่อนก่อนนำไปใช้
- ง. สรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้องและเลือกเฉพาะเรื่องที่ตรงกับอาการของตนเองก่อนนำไปใช้

24. ท่านจะใช้ข้อมูลเกี่ยวกับ “สมุนไพรรักษาโรค” ที่ค้นได้ไปใช้อย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- ก. แนะนำคนในครอบครัวให้ใช้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้
- ข. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และความอยากรู้ของตนเอง
- ค. เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อบรรเทาอาการป่วยของตนเอง
- ง. ทำสำเนาหรือบันทึกข้อมูลบางส่วนที่ได้เก็บเอาไว้อ่านในการครั้งต่อไป

25. หากท่านต้องการทราบข้อมูล “จำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศไทย” สามารถใช้ข้อมูลใดได้ดีที่สุด

- ก. รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 จากหนังสือพิมพ์รายวัน
- ข. จำนวนผู้ติดเชื้อจากเพจข่าวในเฟซบุ๊ก
- ค. ข้อมูลจากจากรายการคุยข่าวรายวันทางโทรทัศน์
- ง. ข้อมูล จำนวนสถิติจากศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19

26. ท่านคิดว่าข้อมูลเกี่ยวกับ “การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม” ที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์มาอย่างไร ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

- ก. ปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่งต่อข้อมูลให้เพื่อนได้ปฏิบัติตามและแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน
- ข. ปฏิบัติตามเพียงบางคำแนะนำเพราะทำตามได้ยาก
- ค. ส่งต่อข้อมูลให้เพื่อนให้ปฏิบัติตามทันทีเพราะมีประโยชน์
- ง. ส่งต่อข้อมูลให้เพื่อนทดลองปฏิบัติก่อนแล้วตนเองจึงทำตาม

27. ท่านคิดว่าบุคคลใดนำข้อมูลไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมที่สุด

- ก. มาลี ถ่ายเอกสารสูตรอาหารเพื่อสุขภาพในหนังสือเพื่อนำไปจำหน่ายต่อให้กับบุคคลอื่น
- ข. ฤทัย นำสูตรอาหารเพื่อสุขภาพที่ได้จากหนังสือไปฝึกทำ แล้วทำรับประทานในครอบครัว
- ค. สุธีร์ ปรับแต่งข้อมูลข้อความปฏิบัติก่อน ระวัง หลังฉีดวัคซีนโควิด-19 แล้วส่งต่อให้เพื่อนในกลุ่มไลน์
- ง. มานพ แชรร์ข่าวปลอมเกี่ยวกับสุขภาพในเฟซบุ๊กจนทำให้บุคคลอื่นเข้าใจผิด

28. ท่านคิดว่าข้อใดต่อไปนี้เป็นกรกระทำที่ไม่ถูกต้อง

- ก. ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ได้จากโรงพยาบาลในกลุ่มไลน์
- ข. ดัดแปลงข่าวที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสมุนไพรรักษาหัวใจ แล้วส่งต่อในไลน์จนทำให้บุคคลอื่นเข้าใจผิด
- ค. ใช้คำบอกเล่าของพยาบาลในการล้างมือด้วยวิธีที่ถูกต้องบอกต่อกับบุคคลอื่น
- ง. ลองทำน้ำสมุนไพรที่ได้สูตรจากนิตยสารชีวิตแล้วให้เพื่อนลองชิม

29. เมื่อท่านพบว่าเพื่อนหรือบุคคลที่รู้จักส่งต่อข่าวที่ว่า "ติดโควิด-19 รักษาด้วยตนเองได้ แค่รับประทานยาแอสไพริน" ในไลน์กลุ่ม ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุด

- ก. ปลดปล่อยผ่านไปเพราะไม่ใช่เรื่องตนเอง
- ข. แจ้งว่าไม่ใช่ความจริงพร้อมทั้งให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและแหล่งที่มา
- ค. ต่อกว่าคนส่งเพราะไม่ใช่ความจริง และจะทำให้คนอื่นเข้าใจผิดได้
- ง. กดส่งต่อไปยังกลุ่มอื่น เพราะคิดว่าไม่ได้เสียหายอะไร ใคร ๆ ก็รู้ว่าเป็นข่าวปลอม

30. ข้อใดเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้องและเข้าข่ายผิดกฎหมาย

- ก. กดแชร์บทความสุขภาพที่ตนเองสนใจลงในเฟซบุ๊ก
- ข. กดถูกใจบทความสุขภาพในเพจเฟซบุ๊กที่มีการให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง
- ค. นำข้อมูลสุขภาพของคนอื่นไปใช้โดยไม่ได้รับความยินยอมในเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
- ง. บันทึกข้อมูลสุขภาพที่ค้นได้เก็บไว้ในมือถือและส่งต่อในกลุ่มไลน์จำนวนมาก



## เฉลยของแบบทดสอบ

ข้อ 1. ง	ข้อ 11. ข	ข้อ 21. ข
ข้อ 2. ง	ข้อ 12. ง	ข้อ 22. ค
ข้อ 3. ค	ข้อ 13. ง	ข้อ 23. ง
ข้อ 4. ข	ข้อ 14. ก	ข้อ 24. ค
ข้อ 5. ก	ข้อ 15. ค	ข้อ 25. ง
ข้อ 6. ง	ข้อ 16. ค	ข้อ 26. ก
ข้อ 7. ง	ข้อ 17. ข	ข้อ 27. ข
ข้อ 8. ก	ข้อ 18. ข	ข้อ 28. ข
ข้อ 9. ค	ข้อ 19. ค	ข้อ 29. ข
ข้อ 10. ง	ข้อ 20. ค	ข้อ 30. ค



ภาคผนวก ค  
ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย  
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 301/2563E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่ดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

- ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขต กรุงเทพมหานคร
- ชื่อผู้วิจัยหลัก: นาย ชีระวัฒน์ นิลละออ
- สังกัด: คณะมนุษยศาสตร์
- เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการวิจัย  
2. โครงการวิจัย  
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาบทวน

- |   |           |                            |
|---|-----------|----------------------------|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย                      | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 7 ตุลาคม 2563 |
| 2. โครงร่างการวิจัย                         | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 7 ตุลาคม 2563 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย          | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 7 ตุลาคม 2563 |
| 4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 7 ตุลาคม 2563 |

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรีพร ภักธสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-301/2563

วันที่ให้การรับรอง : 07/10/2563

วันหมดอายุใบรับรอง : 07/10/2564

AL 03.1 / BMAHREC 02.1

เริ่มใช้ 3 มี.ค. 2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร

หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guidelines และ ICH-GCP Guidelines

**ชื่อโครงการวิจัย :** การรู้สารสนเทศสุขภาพของผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขต กรุงเทพมหานคร

**รหัสโครงการ :** U010q/64\_EXP

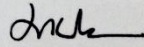
**ผู้วิจัยหลัก :** นายธีระวัฒน์ นิลละอ / คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**สถานที่ทำวิจัย :**

1. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 6 สโมสรวัฒนธรรมหญิง (สำหรับ Try out)
2. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง
3. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี
4. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน
5. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 35 ทวีวัฒนา
6. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 59 ทุ่งครุ
7. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 57 บุญเรือง ลำไทร
8. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 67 ทวีวัฒนา
9. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 44 ลำผักชี หนองจอก
10. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง

## เอกสารที่ได้รับการพิจารณา :

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1. โครงร่างการวิจัย                           | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2564 |
| 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย   | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2564 |
| 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2564 |
| 4. ประวัติและผลงานผู้วิจัย                    | ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2564 |
| 5. แบบทดสอบ                                   |                                    |
| 6. ใบเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย     |                                    |



(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประมอญ)

ประธานคณะกรรมการฯ



(นางวันนีย์ วัฒนนะ)

รองปลัดกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง..... 57 .....

วันที่รับรอง วันที่ 4 มิถุนายน 2564

วันหมดอายุ วันที่ 3 มิถุนายน 2565

ประเภทของการรับรอง  ครั้งแรก  ต่ออายุ ครั้งที่.....กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก  1 ปี  6 เดือน  3 เดือน

การรับรองนี้มีเงื่อนไขตามที่ระบุไว้ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ธีระวัฒน์ นิลละออ
วัน เดือน ปี เกิด	21 พฤศจิกายน 2532
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2555 ศศ.บ. (สาขาวิชาบรรณารักษศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์) จาก มหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ.2565 ศศ.ม. (สารเทศศึกษา) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	179/3 ม.1 ต.บ้านโพธิ์ อ.เมือง จ.ตรัง

