

## ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

### The Relationship between Cognitive Ability and Health Literacy among Older Persons with Knee Osteoarthritis

วจรราชญาณ์ มงคลดิษฐ์ (Vorachanthaya Mongkoldit)\*ดร.ศิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ (Dr.Sirimart Piyawattanapong)\*\*

ดร.มยุรี ลีทองอิน (Dr.Mayuree Leethong-in)\*\*

#### บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง แต่เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการรู้คิดลดลง การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 182 คน ในศูนย์บริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2561 โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการรู้คิด ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แต่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .248, p = .001$ )

#### ABSTRACT

Older persons with knee osteoarthritis requires health literacy for self-care. When older, the cognitive ability is reduced. The objectives of the study was to determine the relationship between cognitive ability and health literacy (HL) among older persons with knee osteoarthritis. The samples were 182 older persons at health service center of Sunpasitthiprasong hospital, Ubonratchatane province. Data were collected from September - November 2018. The instruments were Mini Mental Status Exam-Thai 2002 (MMSE) and HL questionnaires for older persons with knee osteoarthritis, with Cronbach's alpha coefficients of 0.92. Cognitive ability was not significantly associated with health literacy. However, data analysis revealed that there was a relationship between one component of HL, Health Care accessibility and utilization, and cognitive ability ( $r_s = .248, p = .001$ ).

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการรู้คิด ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

**Keywords:** Health Literacy, Cognitive ability, Older Persons with Knee Osteoarthritis

\* นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะต้องดำรงชีวิตอยู่กับอาการและการดำเนินของโรคอย่างแท้จริง การมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ด้วยผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต้องเข้ารับบริการทางสุขภาพ ในการติดตามความก้าวหน้าและผลการรักษา การรายงานอาการต่างๆ หรือการซักถามปัญหาจากทีมสุขภาพ รวมทั้งต้องเลือกและตัดสินใจปฏิบัติ เพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การเข้ารับบริการจึงเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุต้องได้รับข้อมูลข่าวสารจำนวนมาก จากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนจากสื่อต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและถูกต้องได้ ดังนั้นการมีความสามารถและทักษะขั้นพื้นฐานด้านการเรียนรู้ที่จำเป็น เช่น ทักษะด้านการอ่าน การพูด การเขียน ความรู้เกี่ยวกับทักษะการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2008) ซึ่งทักษะเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และทักษะการปฏิบัติตัวในบริบทสังคมที่สะท้อนถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อมาใช้ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพของตนเอง ที่เรียกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (ขวัญเมือง, 2561)

ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ นำไปสู่การดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Berkman, Davis, McCormack, 2010) โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอหรือระดับต่ำ เป็นสาเหตุให้มีความยุ่งยากในการใช้บริการสุขภาพและการควบคุมอาการของโรคได้ไม่ดี (Loke et al., 2012) การวินิจฉัยโรคล่าช้า ไม่เข้าใจในระบบการรักษา การป้องกันสุขภาพไม่ดี มีทักษะในการจัดการและผลลัพธ์สุขภาพที่ไม่ดี ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงของโรค และเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (Wolf et al., 2007) เป็นที่น่าสนใจจากการศึกษาผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ซึ่งเกือบครึ่งเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่การศึกษาค่อนข้างต่ำและมีบางส่วนที่ไม่ได้รับการศึกษา (กิจปพน, 2560) ความสามารถในการอ่านอย่างจำกัดนี้ อาจทำให้มีทักษะขั้นพื้นฐานด้านการเรียนรู้จำกัดและส่งผลความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมา

ขณะเดียวกันเมื่อก้าวสู่ผู้สูงอายุระบบประสาทภายในสมองซึ่งเกี่ยวข้องการทำหน้าที่รู้คิดส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลง อาทิ สมองส่วนหน้าสุดเริ่มมีปริมาตรลดลงตั้งแต่อายุ 20 ปี ประมาณร้อยละ 5 ทุก 10 ปี (Mailllet & Rajah, 2013) ส่งผลให้การทำหน้าที่ความจำระยะสั้นลดลง ช่องว่างระหว่างกลีบสมองขยายออกกว้างขึ้น (Mattson, 2009) ปริมาตรฮิปโปแคมปัสลดลง ทำให้การจดจ่อใส่ใจและความจำที่ต้องมีการระลึกคิดก่อนใช้ต้องใช้เวลานานมากขึ้น รวมทั้งการบริหารจัดการที่ถดถอย (Grady et al., 2013) ด้วยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงอาจส่งผลกระทบต่อทักษะในการเรียนรู้ อาทิ ความสามารถในการอ่าน การรับรู้ การได้ยิน การประมวลผล การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง โดยที่ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพที่จำเป็น (Manly et al., 2008)

จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) กองสุศึกษา (2553) ได้นำมาใช้ในประเทศไทย โดยอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ทิศวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องยั่งยืน การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายองค์ประกอบร่วมกันจึงจะสามารถจัดการกับภาวะโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพสมองจะทำหน้าที่ได้ลดลง ทำให้ความสามารถในการรู้คิดลดลง ดัง

งานวิจัยที่ผ่านมาความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Baker et al., 2002) เช่นเดียวกับ ความจำ และความคล่องแคล่วในการพูด มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยไม่ขึ้นกับระดับการศึกษาและ สถานะสุขภาพ (Federman et al., 2009) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการลดลงของการรู้คิดส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตามจาก การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสามารถ ในการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสามารถในการรู้ คิดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมตามระดับความสามารถในการรู้คิด และเพื่อ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองและมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้าน สุขภาพและความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบของศูนย์บริการสุขภาพโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 ศูนย์ ประกอบด้วย ศูนย์บริการสุขภาพขงภูธร ศูนย์บริการสุขภาพท่าวังหิน ศูนย์บริการสุขภาพวัดใต้ ศูนย์บริการสุขภาพปทุมมาลัย และ ศูนย์บริการสุขภาพปทุมวิทยากร จำนวน 398 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ผู้ตรวจว่าเป็น โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด ฟัง และเข้าใจภาษาไทยได้ดี สื่อสาร ด้วยภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งชั้นภูมิตาม ศูนย์บริการสุขภาพ หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากจากรายชื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้สูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างงานวิจัยเชิงพรรณนา กรณี ทราบจำนวนประชากรและประมาณค่าสัดส่วนประชากร (ศิริชัย, 2550) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่ ระดับ 0.05 และสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.68 (แสงเดือน, นุสรธา, 2557) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 182 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) (กรมการแพทย์, 2558) ใช้คัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าออก เพราะปัญหาด้านจิตใจมีผลกระทบต่อความจำที่ทำให้สมรรถภาพสมองถดถอย ซึ่งไม่เข้าข่ายที่จะประเมินความสามารถในการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ประเมินความสามารถในการรู้คิด โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองมาตรฐาน คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination (MMSE) -Thai 2002) ได้รับการพัฒนามาจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย, 2542) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับความเชื่อถือและใช้ในปัจจุบัน เป็นการประเมินความจำ การรับรู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล การคำนวณ การมีสมาธิ และการตัดสินใจ

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ของวรรณศิริ (2557) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดเติมคำในช่องว่าง จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง บางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน

2) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูกหรือผิด มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน

3) ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง บางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน

4) ด้านทักษะการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง บางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน

5) ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง ข้อคำถามเป็น โจทย์สถานการณ์สั้นๆ ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ซึ่งมีลักษณะเป็น Scoring rubrics 4 ระดับ (ข้อ ก - ง) จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนระหว่าง 5 - 20 คะแนน

6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง บางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 10 คะแนน

การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมทั้ง 6 องค์ประกอบ มีจำนวน 35 ข้อ ช่วงคะแนน 5 - 70 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ (ช่วงคะแนน 5 - 43 หรือ ร้อยละ 0 - 59 ของคะแนนเต็ม) ระดับก้ำกึ่ง (ช่วงคะแนน 44 - 56 หรือ ร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนเต็ม) และระดับเพียงพอ (ช่วงคะแนน 57 - 70 หรือ ร้อยละ 80 - 100 ของคะแนนเต็ม)

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นตรวจสอบความเชื่อมั่น นำไป

ทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2561 หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE612226 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจาก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และผู้อำนวยความสะดวกศูนย์บริการสุขภาพทั้ง 5 แห่ง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวิธีที่กำหนด และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่อนุญาตให้ผู้วิจัยไปพบที่บ้าน ผู้วิจัย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ หลังจากได้รับความยินยอม เริ่มประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าก่อน กรณีที่พบว่ามีความเสี่ยงหรือคะแนนที่ได้เท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน ไม่ต้องทำการประเมินต่อ ส่วนผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงทำการประเมินด้วยแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 และประเมินความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบประเมินให้ผู้สูงอายุตอบทีละข้อ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการที่ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ่านจากสายตาหรือการมองเห็น กำหนดให้ผู้สูงอายุได้พักในระหว่างการตอบแบบประเมิน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมวิเคราะห์ค่าความถี่และร้อยละ และสถิติอ้างอิงโดยการประมาณค่าพารามิเตอร์ของประชากร เนื่องจากข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติจึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient;  $r_s$ ) (อรุณ, 2553)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.5) อายุระหว่าง 70 - 79 ปี (ร้อยละ 41.8) มีอายุเฉลี่ย 71.76 ปี (SD = 7.61) เกือบครึ่งหนึ่งมีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 50.6) ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.4) ส่วนอาชีพเดิม (ก่อนอายุ 60 ปี) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 35.7) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 42.3) ความสามารถในการสื่อสารด้านต่างๆ ส่วนใหญ่มองเห็นชัดเจน (ร้อยละ 59.3) ได้ยินในระดับชัดเจน (ร้อยละ 84.6) พุ่ระดับคล่องแคล่วทุกคน (ร้อยละ 100) อ่านในระดับอ่านได้ดี (ร้อยละ 80.8) และเขียนในระดับได้บ้างไม่ได้บ้าง (ร้อยละ 47.8) สำหรับระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 56.0) เฉลี่ย 6.69 ปี (SD = 6.54) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 182)

เพศ	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ชาย		30	16.5
หญิง		152	83.5

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 182) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี) Mean <math>\pm</math> SD : 71.76 <math>\pm</math> 7.61, Min - Max = 60 - 90</b>		
60 - 69	73	40.6
70 - 79	76	41.8
80 - 89	29	16.0
90 ปีขึ้นไป	3	1.6
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	8	4.4
คู่	82	45.0
หม้าย	89	50.6
<b>อาชีพเดิม (ก่อนอายุ 60 ปี)</b>		
ค้าขาย	65	35.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	19.8
รับจ้าง	28	15.4
เกษตรกร	21	11.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	10.4
แม่บ้าน	13	7.2
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	88	48.4
แม่บ้าน	50	27.5
ค้าขาย	21	11.5
รับจ้าง	16	8.8
เกษตรกร	7	3.8
<b>ความสามารถในการมองเห็น</b>		
มองไม่เห็น	2	1.1
มองเห็นแต่ไม่ชัด	72	39.6
มองเห็นชัดเจน	108	59.3
<b>ความสามารถในการได้ยิน</b>		
ได้ยิน แต่ไม่ชัด	28	15.4
ได้ยินชัดเจน	154	84.6
<b>ความสามารถในการพูด</b>		
พูดคล่อง	182	100.0

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 182) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ความสามารถในการอ่าน</b>		
อ่านไม่ได้เลย	10	5.5
อ่านได้บ้าง ไม่ได้บ้าง	25	13.7
อ่านได้ดี	147	80.8
<b>ความสามารถในการเขียน</b>		
เขียนไม่ได้เลย	23	12.6
เขียนได้บ้าง ไม่ได้บ้าง	87	47.8
เขียนได้	72	39.6
<b>ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม</b>		
1 - 5 ปี	102	56.0
6 - 10 ปี	53	29.2
11 - 15 ปี	9	4.9
มากกว่า 15 ปี	18	9.9
Mean $\pm$ SD : 6.69 $\pm$ 6.54, Median (Min - Max) : 5.00 (1 - 30)		

2. ความสามารถในการรู้คิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น เท่ากับ 24.36 (S.D. = 3.84) เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 5.5) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.00 (S.D. = 4.69) ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.2) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.71 (S.D. = 3.37) และระดับสูงกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 25.3) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.41 (S.D. = 2.48) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง (n = 182)

ระดับการศึกษา	คะแนน MMSE					
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	Min	Max
ไม่ได้เรียนหนังสือ (15 ถึง 23 คะแนน)	10	5.5	20.00	4.69	15	23
ประถมศึกษา (18 ถึง 30 คะแนน)	126	69.2	23.71	3.37	18	30
สูงกว่าประถมศึกษา (23 ถึง 30 คะแนน)	46	25.3	27.41	2.48	23	30

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.63 (S.D. = 13.34) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 49.5, 95% CI 42.1 to 56.8) ใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 48.4, 95% CI 42.0 to 55.7) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=182)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
ระดับไม่เพียงพอ	88	48.4	42.0 – 55.7
ระดับกำลัง	90	49.5	42.1 – 56.8
ระดับเพียงพอ	4	2.2	0.05 – 4.4
$\bar{x} \pm S.D. : 39.63 \pm 13.34, \text{Min} - \text{Max} = 15.0 - 68.0$			

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความสามารถในการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แต่ละด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กับด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ( $r = .248, p = .001$ ) ส่วนด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 182)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ( $r_s$ )
โดยภาพรวม	.074
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	.248*
ด้านความรู้ความเข้าใจ	.100
ด้านทักษะการสื่อสาร	.126
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	-.065
ด้านทักษะการตัดสินใจ	.075
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	.027

\*  $P < .05$

#### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการรู้คิดไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แต่ในรายด้านพบมีความสัมพันธ์กับด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่า ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนจากการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE Thai-2002) สูงกว่าจุดตัดตามระดับการศึกษาทุกคน ส่วนการศึกษาอื่นศึกษาจากคะแนนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นทุกระดับคะแนน อีกทั้งในการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย (ระดับประถมศึกษา) และมีส่วนหนึ่งที่ไม่อ่านหนังสือไม่ออก หรืออ่านได้บ้างไม่ได้บ้าง ซึ่งอาจส่งผลต่อใช้เครื่องมือในการประเมินได้ ซึ่งอธิบายได้จากการศึกษาของ Brucki et al. (2011) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) พบว่า MMSE มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าระดับ



การศึกษา และระดับการศึกษาส่งผลต่อความแปรปรวนของคะแนน MMSE แต่อย่างไรก็ตาม MMSE ถือเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการศึกษาความสามารถในการรู้คิด ถึงแม้ว่าจะมีความลำเอียงจากระดับการศึกษา แต่ก็ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรง และมีองค์ประกอบ (ความจำ การรับรู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล การคำนวณ การมีสมาธิ และการตัดสินใจ) เชื่อมโยงถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Allison et al., 2013)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่าความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความสามารถในการรู้คิดโดยการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นยังส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในแต่ละส่วนย่อยของแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Allison et al. (2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง MMSE ในแต่ละองค์ประกอบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมากทั้งโดยรวมและองค์ประกอบย่อย ในการศึกษาประเด็นการรู้คิดบกพร่องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงในผู้สูงอายุของ Lindsay et al. (2015) ผลการศึกษาพบว่า การรู้คิดบกพร่องมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการศึกษาของ Federman et al. (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ในกลุ่มที่มีการรู้คิดผิดปกติกับความรอบรู้ในระดับไม่เพียงพอ พบว่า การรู้คิดที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยไม่ขึ้นกับระดับการศึกษาและสถานะสุขภาพ

จากการศึกษาดังกล่าวแสดงถึงการรู้คิดที่เกี่ยวข้องกับสมรรถภาพสมอง เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพสมองจะทำหน้าที่ได้ลดลง ทำให้ความสามารถในการรู้คิดลดลง ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (David et al., 2000) อธิบายได้ว่า ในผู้สูงอายุความสามารถในการอ่านเขียนลดลง ซึ่งเป็นผลจากการทำหน้าที่ในการรู้คิดเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความสูงอายุ ทำให้มีผลต่อการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองเห็นไม่ชัดเจน ส่งผลให้ความสามารถในการอ่านและเขียนได้ไม่ดีทำให้การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ไม่ดีตามมาได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ข้อมูลหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับระดับความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุ เช่น มีการทบทวนหรือให้ความรู้ซ้ำหลายๆ ครั้ง มีการสื่อสารที่ชัดเจน หรือมีการใช้สื่อประกอบที่เหมาะสมกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี
2. บุคลากรด้านสุขภาพควรประเมินเพื่อบ่งชี้ระดับความสามารถในการรู้คิดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนที่จะวางแผนให้ข้อมูลหรือจัดกิจกรรม รวมทั้งแหล่งข้อมูลและช่องทางในการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาความสามารถในการรู้คิดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในองค์ประกอบด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างยั่งยืน

2. ควรมีการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบแต่ละด้านกับการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยในแต่ละส่วน (ความจำ การรับรู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล การคำนวณ การมีสมาธิ และการตัดสินใจ)

3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับความสามารถในการรู้คิด โดยใช้แบบประเมินที่ครอบคลุมการประเมินความสามารถในการรู้คิดในองค์ประกอบอื่นๆ นอกเหนือจากแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้กันทั่วไป เช่น ความจำและความคล่องแคล่วในการพูด เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือของผู้สูงอายุและบุคลากร ศูนย์บริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งคุณ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### เอกสารอ้างอิง

กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. ว. วิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 26-36.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; 2553.

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2561.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; 2542.

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรบริหารนักการทูต; สิงหาคม 2556; กรุงเทพมหานคร.

วรรณศิริ นิลเนตร. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปบัณฑิต สาขาวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรรา ประเสริฐศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพให้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557; 24(1), 53-62.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทครีเอชั่น; 2553.

Allison RD, Laura MC, Federman AD, Wolf MS. The Mini Mental Status Exam as a surrogate measure of health Literacy. J Gen Intern Med 2013; 29(4): 615-20.



- Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, et al. Health literacy and performance on the Mini-Mental State Examination. *Aging Ment Health* 2002; 6: 22-29.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, et al. Health literacy and mortality among elderly persons. *Int Arch Intern Med* 2007; 167: 1503-1509.
- Berkman ND, Davis, TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It?. *Int Journal of Health Communication* 2010; 15: 9-19.
- Brucki SM, Lessa D, Mansur L, Carthery-Goulart MT, Nitrini R. Formal education, health literacy and Mini-Mental State Examination. *Int Dement Neuropsychol* 2011; 5(1): 26-30.
- David W, Baker, Julie A. Gazmararian, Joseph S, Marian P. The association between age and health literacy among elderly persons. *Int Journal of Gerontology*, 2000, 55(6); S368-S374.
- Federman AD, Sano M, Wolf MS, Siu AL, Soc G. Health literacy and cognitive performance in older adults. *Int Journal of Am Geriatric* 2009; 57(8): 1475-1480.
- Grady C. Trends in Neurocognitive aging. *Int Nat Rev Neurosci* 2013; 13(7): 491-505.
- Lindsay C, Kobayashi, Jane W, Michael S, Wolf, ChristianW. Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults. *Int J Gen Intern Med* 2015; 30(7): 958-64.
- Loke YK, Hinz I, Wang X, Rowlands G, Scott D, Salter C. Impact of Health Literacy in Patients with Chronic Musculoskeletal Disease—Systematic Review. *Int PLoS ONE* 2012; 7(7): e40210.
- Maillet D, Rajah M. Age-related changes in frequency of mind-wandering and task-related interferences during memory encoding and their impact on retrieval. *Int Memory* 2013; 21(7): 818-831.
- Manly J, Tang MX, Schupf N, et al. Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. *Int Ann Neurol* 2008; 63: 494-506.
- Mattson MP. Cellular and neurochemical aspects of the aging human brain. In Halter, J.B. Ouslander, J.G. Tinetti, M.E. Studenski, S. editors. *Hazzard's Geriatric medicine and gerontology*. 6<sup>th</sup>ed. New York: Mc Graw-Hill; 2009.
- Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Int Social Science and Medicine* 2008; 67(12): 2072-2078.
- Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Literacy and Health risk behaviors among older adults. *Int American Journal of Preventive Medicine* 2007; 32(1): 19-24.