

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเปรียบเทียบคะแนนตามปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอภูซำ จังหวัดอุดรธานี

รัชฎาภรณ์ มิ่งคุณ, ส.บ.*

ชีรศักดิ์ พาจันพร์, ส.ค.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตามปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอภูซำ จังหวัดอุดรธานี ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาจากแนวคิดของ Sorensen ครอบคลุมทักษะ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การตัดสินใจ และการนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการทดสอบความแตกต่างด้วย Independent t-test และ One-way ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.7) อายุเฉลี่ย 70.14 ± 6.77 ปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 73.11 ± 5.73 จากคะแนนเต็ม 80) โดยคะแนนสูงสุดอยู่ในด้านการนำไปใช้ (18.55 ± 2.36) และต่ำสุดในด้านการเข้าใจ (17.69 ± 1.92) อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านการนำไปใช้ (18.55 ± 2.36 คะแนน) และต่ำสุดในด้านการเข้าใจ (17.69 ± 1.92 คะแนน) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ คือระดับรายได้ โดยกลุ่มที่มีรายได้ $\geq 5,000$ บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า (Mean diff = 3.85, 95% CI: 0.45, 7.26) ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ การศึกษา และโรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05)

ผลวิจัยบ่งชี้ว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ แต่ควรเน้นพัฒนาทักษะการตัดสินใจและสนับสนุนผู้สูงอายุรายได้ต่ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน การวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมสุขภาพที่ตอบโจทย์ความหลากหลายของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยส่วนบุคคล

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขอนแก่น

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชีรศักดิ์ พาจันพร์, E-mail: teerasak@scphkk.ac.th

Health literacy and comparison of scores by personal factors among older adults participating in a health literacy enhancement program in Kut Chap District, Udon Thani Province.

Ratchadakorn Meekhun, B.P.H.*

Teerasak Phajan, Dr.P.H.**

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study the level of health literacy and compare average scores based on personal factors among older adults participating in a health literacy promotion program in Kut Chap District, Udon Thani Province. The study included a sample of 42 participants. Data was collected using a questionnaire developed from Sorensen's concept, covering four skill domains: accessing information, understanding, decision-making, and applying information. Data was analyzed using descriptive statistics and tests of difference with Independent t-test and One-way ANOVA at a significance level of 0.05.

The research findings revealed that most older adults were female (85.7%), with an average age of 69.40 ± 6.28 years. The overall health literacy level was high (mean score 73.11 ± 5.73 out of 80). The highest scores were in the 'applying information' aspect (18.55 ± 2.36), and the lowest in the 'understanding' aspect (17.69 ± 1.92), both still at a high level. The factor significantly associated with health literacy was income level; the group with an income of $\geq 5,000$ Baht per month had a higher mean score than the group with lower income (Mean diff = 3.85, 95% CI = 0.45, 7.26). Other factors such as gender, age, education, and underlying diseases showed no statistically significant differences (p-value > 0.05).

The research results indicate that the program is effective in developing health literacy. However, there should be an emphasis on developing decision-making skills and supporting older adults with low income to reduce inequality and promote sustainable health. This research has implications for designing health programs that address the diversity of older adults in the community.

Keywords : Health Literacy, Older Adults, Personal Factors

* Student of the Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Khon Kaen** Assistant Professor, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Khon Kaen

** Corresponding author: Teerasak Phajan, E-mail: teerasak@scphkk.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจาก 1.1 พันล้านคนในปี 2023 เป็น 2.1 พันล้านคนในปี 2050⁽¹⁾ มีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 20.13 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงการก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์" และมีแนวโน้มเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" ในอนาคตอันใกล้ (super-aged society) เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง⁽³⁾ Sorensen และคณะ (2012)⁽⁴⁾ ได้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า ประกอบด้วยทักษะ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำเมื่อเทียบกับวัยอื่น⁽⁵⁾ การศึกษาของ Nilnate และคณะ (2016)⁽⁶⁾ พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย ซึ่งพัฒนาโดย Intarakamhang U. (2017)⁽⁷⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีหลากหลาย โดยการศึกษาของ Liu และคณะ (2015)⁽⁸⁾ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพมี

ความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ($r = 0.62, p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยโดย Kantow และคณะ (2021)⁽⁹⁾ ที่พบว่า ระดับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญ แนวทางการแก้ไขที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้ทั่วไป แต่ยังไม่ได้พิจารณาถึงความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล โดยในโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานีได้บูรณาการทั้งการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและการฝึกออกกำลังกายเพื่อเสริมการทรงตัว แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เป็นพื้นที่ที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดย ระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 19.2, 19.8 และ 21.1 ตามลำดับ และจากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ทั้งนี้ ยังไม่มีการศึกษาเชิงวิเคราะห์ถึงความแตกต่างของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคลในบริบทเฉพาะของพื้นที่

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาจะ

เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน นำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลจากการวัดผลหลังการทดลอง (Post-test) เนื้อหาครอบคลุมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Sorensen และคณะ (2012)⁽⁴⁾ ประกอบด้วยทักษะ 4 ด้าน และปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน

ธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอกุฉีชัย จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 42 คน โดยเป็นการศึกษาข้อมูลภาคตัดขวางของผู้ที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ 3) สามารถให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยได้ครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป: ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน โรคประจำตัวและการเจ็บป่วย และยาที่รับประทานเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการลัดตกหกล้มและการทรงตัว: ซึ่งประยุกต์มาจากแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ "Integrated model of health literacy"⁽⁴⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมครอบคลุม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตัดสินใจ และด้านการนำไปใช้ ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ ง่ายมาก

(4 คะแนน) ค่อนข้างง่าย (3 คะแนน) ค่อนข้างยาก
(2 คะแนน) และยากมาก (1 คะแนน)

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังจากการสิ้นสุดโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในช่วงเดือน ธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. จัดแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุมีปัญหาในการอ่านหรือเขียน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามและบันทึกคำตอบตามที่ผู้สูงอายุตอบ

4. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics):

ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics):

ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

Independent t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป และการใช้ยา เป็นต้น

One-way Analysis of Variance (One-way ANOVA) สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัย เป็นต้น

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Table 1: Personal Factors of Elderly Participants in the Health Literacy Enhancement Program (n=42) (Continued)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
<5,000	20	47.6
≥5,000	22	52.4
mean±S.D.= 5,833.33 ± 4,440.31, median =5,000, min: 700, max: 20,000		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	17	40.5
มี	25	59.5
- ความดันโลหิตสูง	15	35.7
- เบาหวาน	3	7.1
- มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป	7	16.7

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวม 73.11±5.73 คะแนน (คะแนนเต็ม 80 คะแนน) โดยคะแนนอยู่ในช่วง 61-80 คะแนน เมื่อวิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแยกตามรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ

มีคะแนนเฉลี่ยด้านการนำไปใช้ สูงที่สุด (18.55±2.36 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน) รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล (18.52±1.42 คะแนน) ด้านความเข้าใจ (18.36±1.88 คะแนน) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการตัดสินใจ (17.69±1.92 คะแนน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีทักษะด้านการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ดีที่สุด ดัง Table 2

Table 2: Mean Scores of Health Literacy by Domain Among Elderly Participants After Participating in the Health Literacy Enhancement Program (n=42)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเต็ม	mean	S.D.	min	max
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	20	18.52	1.42	15	20
ด้านความเข้าใจ	20	17.69	1.92	13	20
ด้านการตัดสินใจ	20	18.36	1.88	13	20
ด้านการนำไปใช้	20	18.55	2.36	13	20
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	80	73.11	5.73	61	80

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน

สุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.85, 95% CI = 0.45 to 7.26) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การอยู่อาศัย โรคประจำตัว และการใช้ยาประจำ ไม่มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดัง Table 3

Table 3: Comparison of Mean Health Literacy Scores Among Elderly Participants by Personal Factors (n=42)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรอบรู้		Mean diff.	95% CI	p-value
		ด้านสุขภาพ				
		Mean	S.D.			
เพศ						0.922
ชาย	6	73.33	2.64	Reference		
หญิง	36	73.08	0.95	-0.25	-4.92 to 5.42	
อายุ (ปี)						0.277
60-69	20	72.10	5.38	Reference		
70-80	22	74.05	6.00	1.95	-1.62 to 5.51	
อาชีพ						0.574
รับจ้าง/ค้าขาย/ว่างงาน	12	73.92	5.42	Reference		
เกษตรกร	30	72.80	5.91	-1.12	-5.10 to 2.87	
สถานภาพสมรส						0.725
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	20	73.45	5.40	Reference	-	
สมรส	22	72.82	6.12	-0.63	-4.24 to 2.98	
ระดับการศึกษา						0.970
ประถมศึกษา	39	73.13	5.89	Reference	-	
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	3	73.00	3.60	-0.13	-6.89 to 7.15	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						0.027
<5,000	20	71.10	5.82	Reference	-	
≥5,000	22	74.95	5.10	3.85	0.45 to 7.26	
การอยู่อาศัย						0.782
อยู่คนเดียว	3	69.67	3.51	Reference		
อยู่กับคู่สมรส	19	72.68	6.29	3.01	-4.20 to 10.24	
อยู่กับบุตรหลาน/ญาติ	20	74.05	5.39	4.38	-2.81 to 11.58	

Table 3: Comparison of Mean Health Literacy Scores Among Elderly Participants by Personal Factors (n=42)

(Continued)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรอบรู้		Mean diff.	95% CI	p-value
		ด้านสุขภาพ				
		Mean	S.D.			
โรคประจำตัว						0.705
ไม่มี	17	72.71	5.84	Reference		
มี	25	73.40	5.76	0.69	-2.98 to 4.37	
ความดันโลหิตสูง						0.053
ไม่มี	27	71.85	5.82	Reference		
มี	15	75.40	4.97	3.55	-0.05 to 7.14	
เบาหวาน						0.808
ไม่มี	39	73.17	5.87	Reference		
มี	3	72.33	4.04	-0.84	-7.86 to 6.17	
มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป						0.072
มี	7	69.57	6.48	Reference		
ไม่มี	35	73.83	5.39	4.26	-0.40 to 8.91	
การใช้ยาประจำ						0.524
ไม่มี	14	73.93	5.57	Reference		
มี	28	72.71	5.87	-1.22	-5.03 to 2.60	

หมายถึง ค่า p-value จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA; Wald test)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวม 73.11 ± 5.73 คะแนน (คะแนนเต็ม 80) ซึ่งอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนด้านการนำไปใช้สูงที่สุด (18.55 ± 2.36) รองลงมาคือด้านการเข้าถึงข้อมูล (18.52 ± 1.42) และด้านการประเมิน (18.36 ± 1.88) ส่วนด้านความเข้าใจมีคะแนนต่ำสุด (17.69 ± 1.92) คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูงสะท้อนประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ออกแบบตามแนวคิดของ Sørensen และคณะ

(2012)⁽⁴⁾ ซึ่งครอบคลุมทักษะทั้ง 4 ด้าน โดยคะแนนด้านการนำไปใช้ที่สูงที่สุดแสดงว่าผู้สูงอายุสามารถประยุกต์ความรู้ในชีวิตประจำวันได้ดี อย่างไรก็ตาม คะแนนด้านความเข้าใจที่ต่ำกว่าอาจเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 92.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ (2020)⁽⁸⁾ ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการศึกษาความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ

ผล การ ศึกษา นี้ สอดคล้องกับ Intarakamhang U. (2017)⁽⁷⁾ ที่พบว่าโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุไทยสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสนับสนุนแนวคิดของ Nutbeam (2000)⁽³⁾ ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาทักษะการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านรายได้กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 3.85, 95% CI = 0.45, 7.26)

ซึ่งอาจอธิบายได้จากแนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพ (Social and health inequalities) โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่ามักมีโอกาสด้านการเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพที่

ดีกว่า ทั้งในแง่ของการรับบริการสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลาย และความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ นอกจากนี้ รายได้ยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kantow S. และคณะ (2021)⁽⁹⁾ ที่พบว่าสถานะทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะรายได้ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศของ Berkman และคณะ (2011)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่ารายได้เป็นตัวกำหนดทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปัจจัยอื่น ๆ กับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาค้นพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อาชีพ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว และการใช้ยาประจำ มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเป็นเอกพันธ์ โดยเฉพาะด้านเพศ (หญิงร้อยละ 85.7) และอาชีพ (เกษตรกรร้อยละ 71.4) สำหรับระดับการศึกษา มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.9) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้การเปรียบเทียบมีข้อจำกัด เช่นเดียวกับปัจจัยด้านอายุ มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แม้การศึกษาของ Kobayashi และคณะ (2016)⁽¹¹⁾ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมักสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุทุก

ช่วงวัย ช่วยลดช่องว่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขนาดกลุ่มตัวอย่าง ($n=42$) โดยการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบภายหลัง (Post-hoc power analysis) พบว่า กำลังของการทดสอบอยู่ที่ร้อยละ 60.4 อาจทำให้ไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างที่มีอยู่จริงในบางตัวแปรได้ การศึกษาในอนาคตควรใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อเพิ่มกำลังของการทดสอบให้เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ควรเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการฝึกวิเคราะห์แยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ต้องการจากข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ และการตัดสินใจเลือกวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

2. การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดหาทรัพยากรหรือสิ่งสนับสนุนเพิ่มเติมสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน เช่น การให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านให้ปลอดภัย การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว หรือการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและข้อมูลสุขภาพ

3. การเสริมสร้างทักษะการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล โดยการพัฒนาสื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ควรพัฒนาสื่อส่งเสริมความรู้ด้าน

สุขภาพที่เข้าถึงง่าย เข้าใจง่าย และประยุกต์ใช้ได้จริงสำหรับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านการศึกษาของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท เช่น การใช้รูปภาพประกอบคำอธิบายที่สั้นกระชับ การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การใช้สื่อที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน

4. การเสริมสร้างทักษะด้านการนำไปใช้ โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือคู่สมรส (ร้อยละ 92.9) เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและการเรียนรู้ร่วมกันในครอบครัว ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่โครงการ HE671074 เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2567

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health. [Internet]. 2022. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังในโลกของ “สังคมผู้สูงอายุ”. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://pchkkan.nso.go.th/images/2567/Elde/elder%202024.pdf>
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67. DOI:<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
4. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80. DOI:[10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
5. Protheroe J, Whittle R, Bartlam B, Estacio EV, Clark L, Kurth J. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: A cross-sectional survey. Health Expect 2017;20(1):112-9. DOI:[10.1111/hex.12440](https://doi.org/10.1111/hex.12440)
6. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. J Health Res 2016;30(5):315-21. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/77858>
7. อังสินันท์ อินทรกำแหง. รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2560. <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>
8. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health 2015;12(8):9714-25. DOI:[10.3390/ijerph120809714](https://doi.org/10.3390/ijerph120809714)
9. Kantow S, Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Tonchoy P, Auttama N, Bootsikeaw S, et al. Risk factors associated with fall awareness, falls, and quality of life among ethnic minority older adults in upper northern Thailand. Clin Interv Aging 2021;16:1777-88. DOI:[10.2147/CIA.S328912](https://doi.org/10.2147/CIA.S328912)
10. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. Ann Intern Med 2011;155(2):97-107. DOI:[10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005)

11. Kobayashi LC, Wardle J, Wagner CV.

Internet use, social engagement and health
literacy decline during ageing in a
longitudinal cohort of older English adults. J
Epidemiol Community Health
2015;69(3):278-83. DOI:[10.1136/jech-2014-
204733](https://doi.org/10.1136/jech-2014-204733)