

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

วันที่ได้รับต้นฉบับบทความ: 12 กุมภาพันธ์ 2568

วันที่แก้ไขปรับปรุงบทความ: 30 มีนาคม 2568

วันที่ตอบรับตีพิมพ์บทความ: 21 เมษายน 2568

มยุริญ สอนบาลี*

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่ 5 ตำบลปึงโค้ง จำนวน 121 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ ได้แก่ เป็นประชาชนสัญชาติไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทย มีการรู้คิดปกติ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป

จากผลการศึกษา พบว่า 1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่โดยรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเข้าใจ อยู่ในระดับต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอ ส่วนระดับเข้าใจ ระดับทบทวน/โต้ตอบ/ซักถาม และระดับตัดสินใจ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ และพบว่าระดับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ในระดับเพียงพอ และ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และแหล่งข้อมูลสุขภาพในขณะเดียวกัน และปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

วิธีการอ้างอิง:

มยุริญ สอนบาลี. (2568). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.

วารสารวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏพินุลสงคราม, 7(2), 128-145.

*ผู้ประสานงานหลัก: mayurin.son@gmail.com

Health Literacy of the Elderly in Ping Khong Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province

Received: February 12, 2025

Revised: March 30, 2025

Accepted: April 21, 2025

Mayurin Sonbalee *

Chiang Dao District Public Health Office, Chiang Mai Province

Abstract

The elderly with good health literacy are better equipped to manage their health appropriately and achieve an improved quality of life. This descriptive research aimed to investigate the level of health literacy and the personal factors related to health literacy among the elderly residing in Ping Khong Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. The study involved 121 elderly participants from Village 5, Ping Khong Subdistrict. The participants were purposively selected between September and November 2024 based on criteria including Thai nationality, aged over 60, ability to communicate in Thai, normal cognition, ability to perform daily activities, and voluntary consent. The data were collected by using a questionnaire and analyzed by using a statistical software program. The results showed that the mean of health literacy of older adults in Ping Khong Subdistrict was at the low level. In terms of "access" to knowledge, it was suspected to be inadequate, while "understanding," "appraising/interacting," and "decision-making" were clearly inadequate. Only the "behavior change" was at an adequate level. It was also found that personal factors: age, marital status, education, income, occupation, and sources of health information were significantly associated with health literacy. No association was found in terms of gender, income sufficiency, or living arrangement.

Keywords: Health literacy, Older persons

Cite this article as:

Sonbalee, M. (2025). Health Literacy of the Elderly in Ping Khong Subdistrict, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. *Journal of Management Science Pibulsongkram Rajabhat University*, 7(2), 128-145.

* Corresponding Author: mayurin.son@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยมีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2556) สาเหตุหลักเกิดจากอัตราการเกิดที่ลดลงจาก 6.3 คนต่อผู้หญิงในปี พ.ศ. 2506 เหลือเพียง 1.5 คนในปี พ.ศ. 2563 (UNFPA, 2020) และอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจาก 55 ปี (ชาย) และ 62 ปี (หญิง) ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 74.8 ปีและ 80.5 ปีในปี พ.ศ. 2563 (World Bank, 2021) ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดย ณ ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 12 ล้านคน หรือร้อยละ 18 ของประชากร (กรมการปกครอง, 2565) และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2574 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 28 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข ทำให้การเตรียมพร้อมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากกระบวนการชราภาพตามธรรมชาติ ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ทำงานลดลงและเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น กล้ามเนื้อและกระดูกเสื่อมสภาพ เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหัก (กรมอนามัย, 2563) ระบบหัวใจและหลอดเลือดเสื่อมถอย ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การทำงานของระบบประสาทและสมองลดลง เกิดปัญหาด้านความจำ สมองเสื่อม และโรคอัลไซเมอร์ (กรมสุขภาพจิต, 2562) รวมถึงระบบทางเดินอาหารและขับถ่ายทำงานแย่ลง ส่งผลให้เกิดท้องผูกและริดสีดวงทวาร นอกจากนี้ยังพบโรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคไตเรื้อรัง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น ภาวะถุงลมโป่งพอง โรคหืด (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในอดีต เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ อาหารไขมัน น้ำตาล เกลือสูง และขาดการออกกำลังกาย (องค์การอนามัยโลก, 2018) ผู้สูงอายุยังเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล เหงา และแยกตัวจากสังคม เนื่องจากสูญเสียคู่ชีวิต เกษียณอายุ และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2562) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการพึ่งพาข้อมูลสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงจำเป็นอย่างยิ่ง (กรมอนามัย, 2560)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ในการตัดสินใจดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Nutbeam, 2008) โดยครอบคลุมการอ่านข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน การสื่อสารกับผู้ให้บริการ การใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม และจัดการสุขภาพตนเองระยะยาว (กรมอนามัย, 2560) ในผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากกระบวนการชราภาพ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสำคัญในนโยบายสาธารณสุข

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ตัดสินใจและจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ดีขึ้น Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, and Crotty (2011) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ขณะที่ Sudore et al. (2009) รายงานว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้สูงสามารถจัดการโรคเรื้อรังได้มีประสิทธิภาพ ลดการรักษาในโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตดีกว่า นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ออกกำลังกาย ทานอาหารสมดุล และสื่อสารกับผู้ให้บริการทาง

สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (กรมอนามัย, 2560)

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะยาว 20 ปี (พ.ศ. 2563-2582) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2548-2570) เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ โดยเน้นการให้ความรู้และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) รวมถึงการจัดอบรม การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการศึกษาสุขภาพ (สำนักงานสถาบันผู้สูงอายุ, 2565) ยุทธศาสตร์เหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ลดภาระทางการแพทย์ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 2008) การสนับสนุนจากแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคมไทย

แม้ว่าจะมีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งในระดับชาติและนานาชาติ แต่ยังมีช่องว่างในการวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุในชนบท โดยเฉพาะในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งภูเขา มีลักษณะทางกายภาพที่ซับซ้อน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและแรงงานรับจ้างรายวัน โดยมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดเชียงใหม่ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไตรสรวาคม, 2567) นอกจากนี้ สภาพสังคมของตำบลปึงโค้งยังคงมีความเป็นชุมชนชนบทแบบดั้งเดิม มีการพึ่งพากันเองระหว่างครอบครัวและชุมชนสูง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในพื้นที่ยังประสบปัญหาด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลหลัก ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไตรสรวาคม (2567) ระบุว่าผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้งมีจำนวน 1,201 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.41 ของประชากรทั้งหมด โดยในรายงานสุขภาพประจำปีพบว่าโรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งล้วนต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดการโรคเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นในการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาสุขภาพที่ตอบสนองต่อสภาพปัญหาและข้อจำกัดของพื้นที่อย่างเหมาะสม โดยในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 60 มีการศึกษาดำรงระดับประถมศึกษา และกว่าร้อยละ 40 ไม่เคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งที่เป็นทางการ ทำให้มีข้อจำกัดในการประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างทางความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุในบริบทของชนบท อีกทั้งยังเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนานโยบายสุขภาพที่เหมาะสมกับพื้นที่ห่างไกล ซึ่งมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรด้านสาธารณสุข

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลปึงโค้งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และชุมชนชนบทนี้ยังขาดการเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรด้านสุขภาพที่จำเป็น การสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่นี้จะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ระดับการศึกษา การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การขาดแคลนข้อมูลเฉพาะในพื้นที่นี้ทำให้มาตรการและโครงการที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของประชากรได้ (ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลปึงโค้ง, 2567) การศึกษานี้จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและโครงการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงแต่จะช่วยเพิ่มคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ยังลดภาระทางสาธารณสุข และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่ 5 ตำบลปึงโค้ง จำนวน 121 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2567 ถึงพฤศจิกายน 2567 โดยประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในตำบลปึงโค้งมีจำนวน 1,201 คน คิดเป็นร้อยละ 8.41 ของประชากรทั้งหมด (เทศบาลปึงโค้ง, 2567) ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประเมินผ่านแบบสอบถามที่ครอบคลุมมิติการเข้าถึง ความเข้าใจ การทบทวน การตัดสินใจ และการเปลี่ยนพฤติกรรม ตามกรอบแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ซึ่งถูกประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแบบสอบถาม HLS-TH-Q87 ที่ใช้ในการศึกษา นอกจากนี้ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพจะใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติโคสแควร์ในการวิเคราะห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

การวิจัยนี้จะช่วยการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันและเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและโครงการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงแต่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ยังลดภาระทางสาธารณสุข และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืนในอนาคต

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

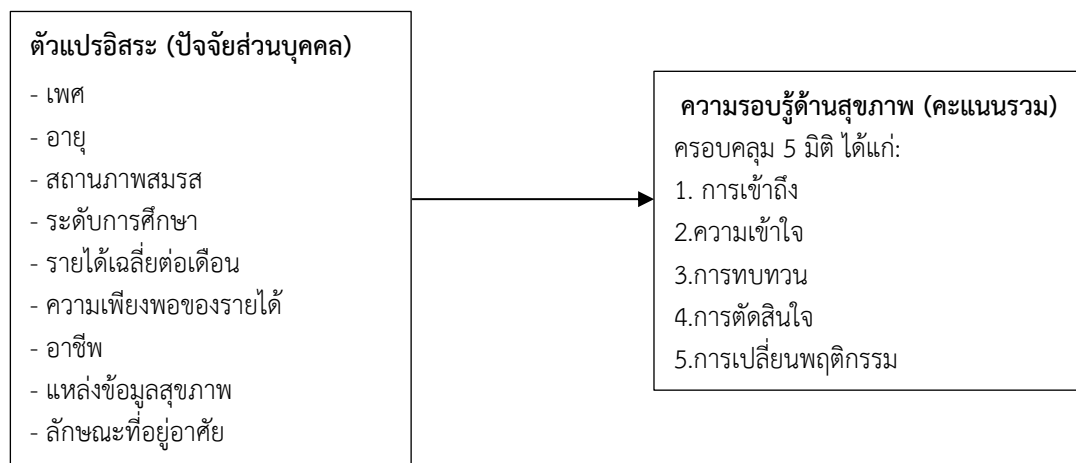
แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) อธิบายว่าความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต (Sørensen et al., 2015) โดย Nutbeam (2000) แบ่งความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพทั่วไป ระดับการสื่อสาร (Communicative Literacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น และระดับวิพากษ์ (Critical Literacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินและใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ Rootman (2009) ยังชี้ให้เห็นว่าทักษะทางภาษา การรู้เท่าทันสื่อ และระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ ขณะที่ Edwards, Wood, Davies and Edwards (2012) เสนอว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควรผ่านกระบวนการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญ และการจัดการตนเองอย่างมีระบบ

จากการศึกษาของ Sørensen et al. (2015) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคลและสังคม ซึ่งถือเป็นกรอบแนวทางที่สำคัญในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ Shooou-Yih D. Lee et al. (2004) ยังระบุว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยทั้งหมดล้วนส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีและการใช้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และแหล่งข้อมูลสุขภาพ งานวิจัยพบว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้นมักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำลง เนื่องจากการเสื่อมของความสามารถทางกายภาพและการรับรู้ (Gazmararian et al., 1999; Kobayashi, Wardle, & von Wagner, 2015) รายได้และระดับการศึกษาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (Howard, Gazmararian, & Parker, 2006; Palumbo, Annarumma, Adinolfi, Musella, & Piscopo, 2016; Sørensen et al., 2015) ขณะที่สถานภาพสมรสช่วยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น (Gellert, Häusler, Suhr, Gholami, Rapp, & Kuhlmeier, 2018; Lee, Arozullah, & Cho, 2015) ส่วนอาชีพส่งผลเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น (Van der Heide, Wang, Droomers, Spreuwenberg, Rademakers, & Uiters, 2013; Sentell & Halpin, 2006) รวมทั้งแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายยังสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นเช่นกัน (Cutilli & Bennett, 2018; Rudd, Kirsch, & Yamamoto, 2004)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้สูงอายุต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยความสามารถของผู้สูงอายุในการอ่าน เข้าใจ เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพหรือบุคคลอื่น สามารถคัดสรรข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อสามารถตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและดีขึ้นได้ โดยในการวิจัยนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ แหล่งข้อมูลสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

1. ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

1.1 ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึง การเข้าใจ การวิเคราะห์ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ

1.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และพฤติกรรมสุขภาพ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 1,201 คน ในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 5 ของตำบลปึงโค้ง รวมทั้งคำนึงถึงความพร้อมในการให้ข้อมูลและความสะดวกในการเข้าถึง ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายจำนวน 121 คน ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และข้อจำกัดในการดำเนินการวิจัย

2.2 ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1 ท่าน เพื่อให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้ศึกษาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้ค่าในระดับที่ยอมรับได้ คือ 0.99 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 เท่ากับ 0.90

2.3 ข้อมูลที่รวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดเก็บเป็นความลับ และใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้เข้าพื้นที่เพื่อแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างแบบรายบุคคล พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยจะทำการอ่านคำถามและบันทึกคำตอบให้ตามคำชี้แจงจากผู้ให้ข้อมูล โดยยึดหลักจริยธรรมและการไม่ขึ้นคำตอบ การเก็บข้อมูลใช้เวลาเฉลี่ยคนละ 25–30 นาที และดำเนินการในสถานที่ที่ผู้สูงอายุสะดวก เช่น บ้านพักส่วนตัว ศูนย์ชุมชน หรือศาสนสถานในพื้นที่

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) จากการทดสอบด้วย Kolmogorov-Smirnov Test และการแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพใช้เกณฑ์ตามแบบประเมิน HLS-TH-Q87 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (1) ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอ (ต่ำกว่า 60 คะแนน), (2) ไม่เพียงพอ (60-74 คะแนน), และ (3) เพียงพอ (75 คะแนนขึ้นไป)

3.2 ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล

3.3 ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test (KS) ก่อนทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม

4. จริยธรรมในการวิจัย

4.1 ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ (REC NO. CM 46/2567)

4.2 ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (Informed Consent)

4.3 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังจากเผยแพร่ผลการศึกษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.81 โดยมีอายุระหว่าง 60–69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.41 (อายุอยู่ระหว่าง 60–95 ปี, $\bar{X}=71.51$, S.D.=8.67, Med=69) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 85.95 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 87.60 (รายได้อยู่ในช่วง 600–20,000 บาท, $\bar{X}=2,067.09$, S.D.=3,078.60, Median=900) ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 97.52 อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 76.86 ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 73.55 ได้รับข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่จากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 64.46

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลปิงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัด เชียงใหม่

ระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ($\bar{X}=249.46$, S.D.=32.85) โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามรายด้านดังนี้ ความรู้ด้านสุขภาพระดับเข้าถึงอยู่ในระดับต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอ ($\bar{X}=61.47$, S.D.=15.36) ความรู้ด้านสุขภาพระดับเข้าใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ($\bar{X}=74.00$, S.D.=10.19) ความรู้ด้านสุขภาพระดับทบทวน / ได้ตอบ / ชักถามอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ($\bar{X}=69.20$, S.D.=9.77) ความรู้ด้านสุขภาพระดับตัดสินใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ($\bar{X}=72.11$, S.D.=9.81) ความรู้ด้านสุขภาพระดับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับเพียงพอ ($\bar{X}=74.08$, S.D.=9.49) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลปิงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n=121)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านสุขภาพระดับเข้าถึง	61.47	15.36	ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอ
ด้านสุขภาพระดับเข้าใจ	74.00	10.19	ไม่เพียงพอ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ		
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านสุขภาพระดับทบทวน / โต้ตอบ / ซักถาม	69.20	9.77	ไม่เพียงพอ
ด้านสุขภาพระดับตัดสินใจ	72.11	9.81	ไม่เพียงพอ
ด้านสุขภาพระดับเปลี่ยนพฤติกรรม	74.08	9.49	เพียงพอ
ด้านสุขภาพโดยรวม	249.46	32.85	ไม่เพียงพอ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพ

คุณลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า เพศ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ($n=121$)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ความรู้ด้านสุขภาพ		รวมจำนวน (ร้อยละ)	Value (df)	Asymp Sig.
	เพียงพอ (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	20 (45.50)	25 (32.50)	45 (37.20)	2.022	0.155
หญิง	24 (54.50)	52 (67.50)	76 (62.80)	(1)	
ช่วงอายุ					
น้อยกว่า 70	31 (70.45)	30 (38.96)	61 (50.41)	11.704	0.003*
70-79	9 (20.45)	26 (33.77)	35 (28.93)	(2)	
80 ปีขึ้นไป	4 (9.10)	21 (27.27)	25 (20.66)		
สถานภาพ					
โสด	3 (6.82)	8 (10.39)	11 (9.09)	6.334	0.042*
สมรส	27 (61.36)	29 (37.66)	56 (46.28)	(2)	
หม้าย/หย่า	14 (31.82)	40 (51.95)	54 (44.63)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	31 (70.45)	73 (94.81)	104 (85.95)	13.749	<0.001**
สูงกว่าประถมศึกษา	13 (29.55)	4 (5.19)	17 (14.05)	(1)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	34 (77.27)	72 (93.51)	106 (87.60)	6.795	0.009*
5,000 บาทขึ้นไป	10 (22.73)	5 (6.49)	15 (12.40)	(1)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ความรู้ด้านสุขภาพ		รวมจำนวน (ร้อยละ)	Value (df)	Asymp Sig.
	เพียงพอ (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ (ร้อยละ)			
ความเพียงพอของรายได้	2 (4.55)	1 (1.30)	2 (2.48)		
ไม่เพียงพอ	42 (95.45)	76 (98.70)	118 (97.52)	-	0.299 ^a
เพียงพอ	8 (18.18)	20 (25.97)	28 (23.14)		
ลักษณะการอยู่อาศัย	36 (81.82)	57 (74.03)	93 (76.86)	0.956 (1)	0.328
อยู่คนเดียว					
อยู่ร่วมกับครอบครัว	26 (59.09)	63 (81.82)	89 (73.55)		
อาชีพ	18 (40.91)	14 (18.18)	32 (26.45)	7.435 (1)	0.006*
ไม่ประกอบอาชีพ					
ประกอบอาชีพ					
แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ					
บุคลากรทางการแพทย์	19 (43.18)	59 (76.62)	78 (64.46)	14.592	<0.001**
แหล่งอื่น ๆ	21 (47.73)	13 (16.88)	34 (28.10)	(2)	
ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และอื่น ๆ	4 (9.09)	5 (6.49)	9 (7.44)		

* p < 0.05, ** p < 0.001, a. Fisher's Exact Test with Exact Sig. (2-sided)

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในมิติของการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การทบทวน/โต้ตอบ/ซักถาม และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง

ทั้งนี้ มิติการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปปรับใช้ในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ความไม่เพียงพอในมิติอื่น ๆ อาจส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ยั่งยืนหรือไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

นอกจากนี้ การศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ และแหล่งข้อมูลสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่ามีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษา รายได้สูงกว่า และมีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ในขณะที่ ปัจจัยเพศ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม สนับสนุนการเรียนรู้ และเสริมสร้างช่อง

ทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการปรับปรุงความรู้และทักษะด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shwe and Laohasiriwong (2022) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในเขตชนบทของประเทศเมียนมาและพบว่าประมาณ 39 เปอร์เซ็นต์ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ส่งผลให้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ในส่วนของมิติการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ค่าเฉลี่ยของมิติการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ที่ 61.47 (S.D.=15.36) ซึ่งอยู่ในระดับ "ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอ" แสดงว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สาเหตุหนึ่งคือระดับการศึกษาที่ต่ำ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 85.95) ระดับการศึกษาที่ต่ำอาจทำให้ขาดทักษะในการอ่านและเขียน ส่งผลให้การค้นหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ตเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 87.60) ทำให้ผู้สูงอายุอาจไม่มีทรัพยากรในการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น สมาร์ทโฟนหรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบัน ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัยและถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถป้องกันหรือจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น งานวิจัยของ Zhang, Terry and McHorney (2014) สนับสนุนว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำกัดสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพที่ไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ ในส่วนของมิติความเข้าใจ ค่าเฉลี่ยของมิติความเข้าใจอยู่ที่ 74.00 (S.D.=10.19) อยู่ในระดับ "ไม่เพียงพอ" แสดงว่าผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ระดับการศึกษาที่ต่ำเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากส่งผลต่อความสามารถในการประมวลผลและตีความข้อมูลสุขภาพ รายได้ต่ำก็มีส่วนร่วม เนื่องจากอาจจำกัดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้หรืออบรมด้านสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พวกเขาอาจไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง หรืออาจเข้าใจผิดเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง งานวิจัยของ Berkman et al. (2011) ระบุว่าความเข้าใจที่ไม่เพียงพอเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี ส่วนมิติการทบทวน/โต้ตอบ/ซักถาม ค่าเฉลี่ยของมิติการทบทวน/โต้ตอบ/ซักถามอยู่ที่ 69.20 (S.D.=9.77) อยู่ในระดับ "ไม่เพียงพอ" ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุอาจขาดความมั่นใจหรือทักษะในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ระดับการศึกษาที่ต่ำและประสบการณ์ชีวิตที่จำกัดอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายใจในการซักถามหรือแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้ วัฒนธรรมที่เคารพผู้มีอำนาจอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าซักถามแพทย์หรือพยาบาล ผลที่ตามมาคือการขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนหรือไม่เข้าใจแนวทางการรักษา ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องหรือการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ งานวิจัยของ Schillinger, Bindman, Wang, Stewart and Piette (2004) ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารที่ไม่เพียงพอระหว่างผู้ป่วยและแพทย์สัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี ในมิติการตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยของมิติการตัดสินใจอยู่ที่ 72.11 (S.D.=9.81) อยู่ในระดับ "ไม่เพียงพอ" การที่ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการตัดสินใจด้านสุขภาพอาจเกิดจากการขาดข้อมูลที่เพียงพอและความเข้าใจที่จำกัด รายได้ต่ำและการศึกษาต่ำอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือ

การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่การเลือกวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสม หรือการละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม งานวิจัยของ Volandes and Paasche-Orlow (2007) ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำสัมพันธ์กับการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ และในมิติการเปลี่ยนพฤติกรรม ค่าเฉลี่ยของมิติการเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ที่ 74.08 (S.D.=9.49) อยู่ในระดับ "เพียงพอ" แสดงว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการนำความรู้ไปปรับใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก (ร้อยละ 64.46) อาจมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แม้ว่ารายได้และการศึกษาจะต่ำ แต่การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญ อย่างไรก็ตาม หากมิติอื่น ๆ ยังอยู่ในระดับไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจไม่ยั่งยืนหรือไม่เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม การสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านการเข้าถึงและความเข้าใจข้อมูลสุขภาพจะช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ที่ 249.46 (S.D.=32.85) ซึ่งอยู่ในระดับ "ไม่เพียงพอ" แสดงว่าผู้สูงอายุในพื้นที่นี้มีความต้องการในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายได้ต่ำและระดับการศึกษาที่จำกัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ รายได้ต่ำอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดทรัพยากรในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เช่น ไม่มีเงินสำหรับซื้อหนังสือสุขภาพ หรือไม่มีอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม อาจส่งผลกระทบคือผู้สูงอายุอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น เนื่องจากไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจและสังคมต่อครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่คำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษาและรายได้ การเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ และการสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพ จะช่วยปรับปรุงความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ผลการศึกษานี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางประการมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ และแหล่งข้อมูลสุขภาพ ขณะเดียวกัน ยังพบว่าปัจจัยบางประการ เช่น เพศ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความแตกต่างของอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคลแต่ละด้าน ซึ่งสมควรได้รับการพิจารณาในเชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจกลไกและบริบทที่เกี่ยวข้อง

ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.704$, $p = 0.003$). ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่า (70.45%) เมื่อเทียบกับผู้ที่อายุ 70–79 ปี (20.45%) และ 80 ปีขึ้นไป (9.10%) การที่ผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าอาจเนื่องมาจากความสามารถทางกายภาพและการรับรู้ที่ยังคงดีอยู่ ทำให้สามารถเข้าถึงและประมวลผลข้อมูลสุขภาพได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ พวกเขาอาจมีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยีและสื่อสารมวลชนมากกว่า ซึ่งส่งผลให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kobayashi et al. (2015) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเสื่อมของความสามารถทางการรับรู้และปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ในทำนองเดียวกัน Gazmararian et al. (1999) รายงานว่าอายุมากขึ้นสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำลง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ

สถานภาพสมรรถนะความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.334$, $p=0.042$). ผู้สูงอายุที่สมรรถนะความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากที่สุด (61.36%) เมื่อเทียบกับผู้ที่หม้าย/หย่า (31.82%) และโสด (6.82%) การมีคู่สมรสอาจเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์และข้อมูลสุขภาพ ช่วยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gellert et al. (2018) ที่พบว่าการมีคู่สมรสสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับ Lee, Arozullah and Cho (2015) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสมีส่วนช่วยให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น

ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้ด้านสุขภาพ ($\chi^2=13.749$, $p<0.001$) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่า (29.55%) เมื่อเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (70.45%) การศึกษาที่สูงขึ้นช่วยเพิ่มทักษะในการอ่าน เขียน และประมวลผลข้อมูลสุขภาพ ทำให้สามารถเข้าใจและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sørensen et al. (2015) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการค้นหาและตีความข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า นอกจากนี้ Berkman et al. (2011) ยังระบุว่าระดับการศึกษาต่ำสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=6.795$, $p=0.009$) แม้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทจะมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่า (77.27%) แต่ก็มีผู้ที่ไม่เพียงพอเช่นกัน (93.51%) รายได้ที่ต่ำอาจจำกัดการเข้าถึงทรัพยากรและข้อมูลสุขภาพ เช่น การซื้อสื่อสุขภาพหรือการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Palumbo et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเนื่องจากมีทรัพยากรในการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ในทำนองเดียวกัน Howard et al. (2006) พบว่ารายได้ต่ำสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำ ทำให้จำกัดความสามารถในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=7.435$, $p=0.006$) ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่า (40.91%) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ การประกอบอาชีพทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ใหม่ ๆ รวมถึงมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Van der Heide et al. (2013) ที่พบว่าการมีสถานะการจ้างงานสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรที่มากกว่า Sentell and Halpin (2006) ยังระบุว่าผู้ที่มีสถานะการจ้างงานมีแนวโน้มที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า

แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูง ($\chi^2=14.592$, $p < 0.001$) ผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ นอกเหนือจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่า (47.73%) เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ เท่านั้น การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่หลากหลายช่วยให้ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและทันสมัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cutilli and Bennett (2018) ที่พบว่าการใช้แหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น นอกจากนี้ Rudd, Kirsch, & Yamamoto (2004) ระบุว่า การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลปึงไค้ง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในบริบทของชุมชนชนบท เพศอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงโสม ศิริพานิช (2563) และ ศศิพิมพ์ คำวงศ์ (2564) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่และเขตบริการสุขภาพที่ 8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางฉบับในต่างประเทศ เช่น Chakraverty (2022) พบว่าเพศหญิงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงและประมวลผลข้อมูลสุขภาพ ซึ่งอธิบายว่าเพศหญิงมักมีบทบาทในการดูแลครอบครัวและใส่ใจสุขภาพมากกว่าเพศชาย ขณะที่เพศชายอาจมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการขอความช่วยเหลือทางสุขภาพ ในขณะที่การศึกษาของ Schaeffer et al. (2021) กลับเสนอว่าความแตกต่างด้านเพศในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดด้านร่างกาย ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และการรับรู้ที่คล้ายคลึงกันระหว่างเพศทั้งสอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเราที่ดำเนินการในพื้นที่ชนบทซึ่งผู้สูงอายุชายและหญิงมีลักษณะการดำเนินชีวิตคล้ายกัน เข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพจากช่องทางเดียวกัน เช่น อสม. หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงทำให้ปัจจัยด้านเพศไม่ได้ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มประชากรนี้

แม้ว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนจะมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ แต่ผลการศึกษาพบว่า "ความเพียงพอของรายได้" ซึ่งสะท้อนการประเมินเชิงอัตวิสัยของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความมั่นคงทางการเงิน กลับไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดของ Nutbeam (2008) ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นผลรวมของปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ การรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับ "ความเพียงพอ" อาจไม่ได้สะท้อนศักยภาพในการเข้าถึงหรือใช้ข้อมูลสุขภาพจริงเสมอไป เนื่องจากขึ้นอยู่กับบริบททางครอบครัว วัฒนธรรม และวิถีชีวิต ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยของ สุธาสินี พรหมมา (2565) ซึ่งพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำแต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.236$, $p < 0.05$) กับระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยให้เหตุผลว่า ผู้ที่รู้สึกรายได้เพียงพอมีแนวโน้มจะเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งข้อมูลที่หลากหลายได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม บริบทของตำบลปึงไค้งซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่ประชากรส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับครอบครัว และมีการพึ่งพาทรัพยากรในชุมชนหรือสวัสดิการรัฐมากกว่ารายได้ส่วนตัว อาจทำให้การประเมิน "ความเพียงพอ" มีความหมายที่แตกต่างไปจากเขตเมือง และส่งผลให้อิทธิพลของตัวแปรนี้ต่อความรู้ด้านสุขภาพลดลงหรือไม่ปรากฏในเชิงสถิติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างลักษณะที่อยู่อาศัย เช่น การอยู่คนเดียวหรืออยู่ร่วมกับครอบครัว กับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา ซึ่งอาจเนื่องจากการอยู่ร่วมกับครอบครัวหรือการอาศัยอยู่คนเดียวไม่ใช่ตัวบ่งชี้ที่ชัดเจนของการสนับสนุนหรือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเสมอไป ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมที่แท้จริงขึ้นอยู่กับคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมากกว่าการอยู่ร่วมกันในเชิงกายภาพเพียงอย่างเดียว Chakraverty (2022) ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับผลวิจัยของ ศิริพร คำสะอาด, พิไลพร บุณยประเสริฐ และมนต์ทิพา วรรณไชย (2563) ที่พบว่าลักษณะที่อยู่อาศัยไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท ซึ่งอธิบายว่าปัจจัยอื่น เช่น ระดับการศึกษา และรายได้ มีบทบาทสำคัญมากกว่าในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2563) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่

กับลูกหลาน โดยอธิบายว่าการมีคู่สมรสช่วยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพและการสนับสนุนด้านจิตใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งความแตกต่างนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน โดยในชุมชนเมืองหรือเขตที่มีทรัพยากรสุขภาพพร้อม การสนับสนุนจากคู่สมรสหรือครอบครัวอาจมีบทบาทชัดเจนกว่า ขณะที่ในพื้นที่ชนบท เช่น ตำบลปึงโค้ง ผู้สูงอายุอาจมีการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น ชุมชน เพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้การอยู่ร่วมกับครอบครัวเพียงอย่างเดียวอาจไม่แสดงผลอย่างชัดเจนในการวิเคราะห์เชิงสถิติ

งานวิจัยนี้สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ซึ่งยังมีข้อมูลวิชาการรองรับค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ห่างไกลอย่างตำบลปึงโค้ง ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนหรือออกแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะประชากรจริงในพื้นที่ ทั้งสำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ควรพัฒนาโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ รวมถึงพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และแหล่งข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานตรงกับบริบทเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น การจัดทำสื่อที่เหมาะสมกับช่วงอายุและระดับการศึกษา การพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายสำหรับผู้มีรายได้น้อย และการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งนี้ เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้บริการสุขภาพ การศึกษานี้จะช่วยชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของการพัฒนาความรู้ในแต่ละด้าน และช่วยกำหนดเป้าหมายของโปรแกรมได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2565). สถิติจำนวนประชากร. สืบค้น 31 ธันวาคม 2565, จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2565, จาก https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/view.asp?id=457
- กรมอนามัย. (2560). แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 31 ธันวาคม 2565, จาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2565-F/IDC1_18/opdc_2565_idc1-18_10.pdf

- กรมอนามัย. (2563). รายงานภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ. สืบค้น สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2565, จาก <https://eh.anamai.moph.go.th/web-upload/10x2f8665bc5c6742a30312c81435ca284e/filecenter/Annual%20report%20file/Annual%20report%202020.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2563–2582). สืบค้น 28 ธันวาคม 2566, จาก <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/>
- ปรามิทธิ์ ประสาทกุล. (2556). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- เทศบาลปึงโค้ง. (2567). ข้อมูลประชากรและสถิติพื้นฐานตำบลปึงโค้ง ปี 2567. สืบค้น 25 พฤศจิกายน 2568, จาก https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_village?region=1&prov=NTA=&provn=4LmA4LiK4Li14Li4LiH4LmD4Lir4Lih4Lml&amid=5004&rn=4LmA4LiK4Li14Li4LiH4LiU4Liy4Lin&tamid=500406&tamname=4Lib4Li04LiH4LmC4LiE4LmJ4LiH
- ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลปึงโค้ง. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุและข้อเสนอเชิงนโยบายตำบลปึงโค้ง ปีงบประมาณ 2567. เชียงใหม่: ชุมชนตำบลปึงโค้ง.
- ศศิพิมพ์ คำวงศ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 8. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริพร คำสะอาด, พิไลพร บุรณประเสริฐ และมนต์ทิพา วรธนไชย. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดสกลนคร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 14(3), 89–100.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2563). รายงานสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงโสม ศิริพานิช. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 16(2), 45–56.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570)*. สืบค้น 25 พฤศจิกายน 2568, จาก https://www.nesdc.go.th/download/Plan13/Doc/Plan13_DraftFinal.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). รายงานสถิติสุขภาพผู้สูงอายุ. สืบค้น 5 พฤศจิกายน 2568, จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731140458_26870.pdf
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทรสภาวะคาม. (2567). รายงานสถิติประชากรและสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลปึงโค้ง ประจำปี 2567. เชียงใหม่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไทรสภาวะคาม.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Chakraverty, D., Baumeister, A., Aldin, A., Seven, Ü. S., Monsef, I., Skoetz, N., Woopen, C., & Kalbe, E. (2022). Gender differences of health literacy in persons with a migration background: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12(7), e056090. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056090>

-
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12, 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130>
- Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., ... & Koplan, J. P. (1999). Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*, 281(6), 545–551.
- Gellert, P., Häusler, A., Suhr, R., Gholami, M., Rapp, M., & Kuhlmeier, A. (2018). Testing the stress-buffering effects of social resources on depressive symptoms in older adults diagnosed with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 9(1), 26–34.
- Howard, D. H., Gazmararian, J., & Parker, R. M. (2006). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 371–377.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., & von Wagner, C. (2015). Internet use, social engagement and health literacy decline during ageing in a longitudinal cohort of older English adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(3), 278–283.
- Lee, S. Y., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2015). Health literacy, social support, and health: A research agenda. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1309–1321.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Palumbo, R., Annarumma, C., Adinolfi, P., Musella, M., & Piscopo, G. (2016). The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*, 120(9), 1087–1094.
- Rootman, I. (2009). *Health literacy: A new agenda*. *Canadian Journal of Public Health*, 100(4), 243–244.
- Rudd, R. E., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). *Literacy and Health in America. Policy Information Report*. New Jersey: Educational Testing Service
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 315–323.
- Sentell, T., & Halpin, H. A. (2006). Importance of adult literacy in understanding health disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 862–866. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00538.x>
- Shwe, N. K., & Laohasiriwong, W. (2022). *Health literacy and hypertension among middle and elderly aged population in Myanmar: A cross-sectional study*. *International Journal of Public Health Asia Pacific*, 1(1). <https://doi.org/10.62992/ijphap.v1i1.13>
-

-
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., ... & Schillinger, D. (2009). Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. *Journal of General Internal Medicine*, 24(3), 302–307. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0898-4>
- UNFPA. (2020). *Thailand ageing population projections 2010–2040*. Bangkok: United Nations Population Fund.
- Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Ueters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication*, 18(1), 172–184.
- Volandés, A. E., & Paasche-Orlow, M. K. (2007). Health literacy, health inequality and a just healthcare system. *The American Journal of Bioethics*, 7(11), 5–10.
- World Bank. (2021). *Life expectancy at birth: Thailand*. Retrieved June 26, 2022, from <https://data.worldbank.org/>
- Zhang, N. J., Terry, A., & McHorney, C. A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(6), 741–751. <https://doi.org/10.1177/1060028014526562>