



ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพุ่มพลึง เขตอำเภอดกลาง จังหวัดภูเก็ต

อรรยา จันทรเพ็ญ¹ และ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพุ่มพลึง ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตอำเภอดกลาง จังหวัดภูเก็ต ปี พ.ศ.2566 จำนวน 10,505 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 388 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.867 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเอง ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (61.60%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพุ่มพลึง เขตอำเภอดกลาง จังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.297$, $P\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุพุ่มพลึง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดกลาง อำเภอดกลาง จังหวัดภูเก็ต, E-mail: anraya17@gmail.com

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: Amornsakpoum1@gmail.com, *ผู้วิจัยร่วม



Health literacy factor associated with quality of life among elderly with active aging in Thalang District, Phuket Province.

Anraya Chanpen ¹ and Amornsak Poum, Correspondence ²

Abstract

This descriptive research aimed to study the association between health literacy and quality of life among elderly. Population in this study consisted of 10,505 elderlies with active aging which be registered in Thalang District, Phuket Province, in fiscal year 2023, and the sample size calculating used Daniel formula for 388 cases, and systematic random sampling was determine for collecting data. Data collected by structured interview composed of 3 parts including, characteristics, health literacy and quality of life among elderly. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.867 Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient.

The result shown that health literacy including; access skill, cognitive skill, communication skill, media literacy skill, self-management skill, decision skill had the mean score with in high level (61.60%). The factors association with quality of life among elderly with active aging with statistics significantly including; health literacy ($r=0.297$, $P\text{-value}<0.001$).

Keywords: Elderly with active aging, Health literacy, Quality of life

¹ Instructors in the Community Public Health, Faculty of Allied Health Sciences, Northern College

E-mail: mayvet_2006@hotmail.com

² Nursing Assistant, Wangchao Hospital, Tak Province

บทนำ

สถานการณ์และแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่องทั่วโลก องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 14% (World Health Organization, 2009)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกรมกิจการผู้สูงอายุและสำนักงานเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2548 ประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 และปี พ.ศ.2559 พบร้อยละ 16 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) และในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.8 ของประชากรไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ.2574 ซึ่งจะมีผลทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ในปี พ.ศ.2565 อัตราการเพิ่มของประชากรไทยจะเข้าใกล้ศูนย์ ขณะที่สัดส่วนวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลงเรื่อยๆ ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาระการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและงบประมาณของประเทศในอนาคต ด้วยโครงสร้างประชากรในปัจจุบันทำให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มมาใช้บริการระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยผู้สูงอายุมักจะมีโรคเรื้อรังและปัญหาที่ซับซ้อนทำให้ผู้สูงอายุจัดว่าเป็นกลุ่มที่ดูแลยากในการให้บริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาที่หลากหลายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมทำให้กลุ่มผู้สูงอายุถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความยากในการดูแลให้บริการปฐมภูมิ สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดภูเก็ตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2564-2565 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 55,138 คน คิดเป็นร้อยละ 13.19 ของประชากรทั้งหมด (สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย, 2566) เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต พบว่า จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2564 - 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ 13,472 คน (108,052 คน) และ 14,523 คน (118,861 คน) คิดเป็นร้อยละ 12.47 และ 12.22 ตามลำดับ และ ในปี 2566 อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต มีผู้สูงอายุ 15,243 คน (112,598 คน) คิดเป็นร้อยละ 13.54 ซึ่งทำให้อำเภอถลางได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

“สังคมผู้สูงอายุ” เป็นสถานการณ์ที่ทั่วโลกและประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ จากกรอบนโยบายขององค์การอนามัยโลกในการสร้างผู้สูงอายุพลวัฒน์ หรือ Active Aging จึงมีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมทุกระดับทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการและพื้นที่ดำเนินการ กลุ่มผู้สูงอายุพลวัฒน์หรือผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง

ไม่มีโรคประจำตัว โดยประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 ของกลุ่มประชากรหลักของประเทศไทย เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่ม Active Aging ซึ่งยังสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันและทำงาน ทหารายได้ตามปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ การคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพและศักยภาพในการทำงานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่อง รวมถึงการเสริมสร้างคุณค่าในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่อการพัฒนาสังคมและประเทศชาติอีกด้วย การส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีการเตรียมความพร้อมและวางแผนการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับกรอบนโยบายพหุพลังขององค์การอนามัยโลก โดยพหุพลังเป็นกระบวนการที่เหมาะสมที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และการมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) ในการที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย (World Health Organization, 2002) การศึกษาวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุพหุพลังจะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพหุพลังโดยประยุกต์ใช้แนวทางจากองค์การสหประชาชาติ ได้แก่ การมีส่วนร่วม สุขภาพและความปลอดภัย (World Health Organization, 2009) ซึ่งเป็นตัวกำหนดปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของ Active Aging ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพหุพลัง เขตอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพัฒนาในรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพหุพลังในชุมชนอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษารูปแบบการติดต่อการรักษาแนวที่หนึ่ง (First-line drug) ที่ตรวจพบในตัวอย่างเสมหะของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ด้วยวิธีการทดสอบความไวต่อยา (Drug susceptibility testing; DST)

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุพหุพลัง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam (2000) ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านเขตอำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 10,505 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง โดยใช้ผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Adjusted daily life : ADL) จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel (2010) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 388 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคประจำตัว ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเอง ลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W. (1997) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับสูง	(3.67–5.00 คะแนน)
ระดับปานกลาง	(2.34–3.66 คะแนน)
ระดับต่ำ	(1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้ดูแล ใช้เกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ที่เรียกว่า WHOQOL - OLD จำนวน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิต มีคะแนนระหว่าง 26–130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	(26 – 60 คะแนน)
คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	(61 – 95 คะแนน)
คุณภาพชีวิตที่ดี	(96 – 130 คะแนน)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1997) เท่ากับ 0.867

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 012/2566

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (99.12%) มีอยู่น้อยกว่า 65 ปี (49.23%) ($\bar{x} = 66.48$, S.D. = 7.243, Min = 60, Max = 84) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (47.68%) และมีผู้สูงอายุที่คู่สมรสถึงแก่กรรม หม้าย/หย่า/แยก (38.92%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (40.46%) และมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา (7.22%) มีเพียง 12.11% ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (49.48%) ($\bar{x} = 9,052.03$, S.D. = 22,389.95, Min = 600, Max = 90,000) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ว่างงาน/ไม่มีอาชีพ (25.52%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล (89.76%) สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักคือ บุตรของผู้สูงอายุ (31.96%) รองลงมา คือ สามี และ/หรือภรรยา (27.84%) และมีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล (อยู่คนเดียว) (17.78%) ประวัติการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (27.83%) โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (49.48%) โรคไขมันในเลือดสูง (14.18%) ตามลำดับ

ความรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (61.60 %) ($\bar{x} = 3.72$, S.D. = 0.215) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านที่มีคะแนนในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.369) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = 0.430) ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ ($\bar{x} = 3.80$, S.D. = 0.495) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.374) ด้านการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{x} = 3.66$, S.D. = 0.590) ตามลำดับ แต่ด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีคะแนนในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.45$, S.D. = 0.437) (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเขต อำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 388)

ตัวแปรอิสระ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	239	61.60	149	38.40	-	-	3.72	0.215
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	345	88.92	43	11.08	-	-	4.06	0.369
2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	227	58.51	161	41.49	-	-	3.56	0.430
3. ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	271	69.85	117	30.15	-	-	3.80	0.495
4. ด้านการจัดการตนเอง	291	75.20	97	25.00	-	-	3.88	0.374
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	129	33.25	255	65.72	4	1.03	3.45	0.437
6. ด้านการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง	219	56.44	165	42.53	4	1.03	3.66	0.590

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (67.78%) ($\bar{x} = 2.30$, S.D. = 0.481) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.98$, S.D. = 0.481) สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตระดับกลาง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.417) ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 2.24$, S.D. = 0.477) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{x} = 2.28$, S.D. = 0.616) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต (n = 388)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิต						Mean	S.D.
	คุณภาพชีวิตที่ดี		คุณภาพชีวิตกลางๆ		คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
1. ด้านสุขภาพกาย	162	15.98	314	80.93	12	3.09	2.10	0.417
2. ด้านจิตใจ	104	26.80	276	71.13	8	2.06	2.24	0.477
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	145	37.37	209	53.87	34	8.76	2.28	0.616
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	384	98.97	4	1.03	-	-	2.98	0.101
ภาพรวมคุณภาพชีวิต	121	31.19	263	67.78	4	1.03	2.30	0.481

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.297$, $P\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.297	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.103	0.043*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
2. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.147	0.004*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
3. ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	0.237	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
4. ด้านการจัดการตนเอง	0.275	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	0.058	0.253	ไม่มีความสัมพันธ์
6. ด้านการตัดสินใจปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.219	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก

การอภิปรายและสรุปผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 67.78 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองและในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ธาริน สุขอนันต์, 2560) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นพื้นที่เขตท่องเที่ยว มีความเป็นชุมชนเมือง ทำให้ปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุจะต้องพึ่งตนเอง และมีการดิ้นรนแข่งขันในการทำมาหากินเพื่อเลี้ยงชีพ

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง, การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตอำเภอดง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสามารถอธิบายได้ว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง การจัดการสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา, 2554) สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam กล่าวว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง 1) ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง 2) สมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต 3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกให้แก่คนใน

ครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตอำเภอเถลิง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.199$, $P\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว และคณะ (2562) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r= 0.244$)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุยังมีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศน้อยที่สุด ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและชมรมผู้สูงอายุควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีทักษะในด้านบริโภคข้อมูลสินค้าและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ

2) จากข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 67.78 โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการรณรงค์จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ ได้มีการส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกายให้มีความสมบูรณ์ แข็งแรงเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองสุขศึกษา. (2554). ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์, ปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์; 41(3).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555. สนับสนุนโดย กองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ.

อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจียวิวรรณกุล, สาวิตรี ทยานศิลป์. (2562). **ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียงอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่**. MFU Connexion. 7(2) : 76-95.

Best, John W. (1977). **Research is Evaluation**. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.

Cronbach. (1997). **Essentials of Psychological Testing**. New York: Harper and Row.

Daniel W.W. (2010). **Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences**. (9thed). New York: John Wiley & Sons.

Nutbeam, D. (2000). **Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century**. Health Promotion International. 15(8) printed in Great Britain.

World Health Organization (WHO). (2009). **Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual empowerment conference working document**. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and development. Nairobi, Kenya; 26-30.