

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การศึกษา
ภาคสนามเชิงปริมาณในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
The Relationship Between Health Literacy and Quality of Life Among Older
Adults: A Quantitative Field Study Conducted in Ban Na Klang Village, Si Khit
Sub-district, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province

ธัญรัตน์ ศุภการนรเศรษฐ์¹, มาริสา บุโธ², สุกัสรา แก้วพอง², สุชาวดี สุชาติพงศ์², สุวรรณา แซ่ฮ้อย¹, เขมาภา ชูเสมอ¹
จุฑาภรณ์ ลิมสุวรรณมณี¹ และจักรินทร์ ปริมาณนธ์^{3*}

Thanyarat Suppakannoraset¹, Marisa Phoorong², Supatsara Keawphong², Suchawadee
Suchartphong², Suwanna Saeau¹, Khemapa Chusamer¹, Jutaporn Limsuwanmanee¹ and Chakkarin
Parimanon^{3*}

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช¹, นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช², วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก³

Faculty of Science and Technology, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University¹, Bachelor of Public Health students,
majoring in Public Health, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University², Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty
of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute³

(Receives: 29 May 2025; Revised: 21 July 2025; Accepted: 24 August 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์
ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
จำนวน 92 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการดำเนินชีวิต ความรู้ด้าน
สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. และแบบประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ผ่านการ
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha = 0.72) การวิเคราะห์
ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.55$, $SD. = 7.93$) แต่ทุก
องค์ประกอบอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($M = 2.05$) การสื่อสารสุขภาพ ($M = 2.98$)
การจัดการตนเอง ($M = 3.62$) และความรู้เท่าทันสื่อ ($M = 1.90$) ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 80.95$, $SD. =$
 7.61) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.641$, $p = 0.04$) ขณะที่องค์ประกอบอื่นไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง การเพิ่มความรู้เท่าทันสื่อ
และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจะควรนำไปปฏิบัติเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอย่าง
ยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chakkarin@scphtrang.ac.th, จักรินทร์ ปริมาณนธ์)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine health literacy, quality of life, and relationship between health literacy and quality of life among 92 older adults in Ban Na Klang, Si Khit Sub-district, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province. The research instrument was a five-part questionnaire consisting of: (1) general demographic information; (2) functional ability; (3) health knowledge; (4) health behaviors based on the “3Es and 2Ss” model (Eating, Exercise, Emotion, Smoking and Drinking alcohol); and (5) a quality of life assessment based on the World Health Organization’s conceptual framework. The questionnaire was validated by experts and its reliability was confirmed with a Cronbach’s alpha coefficient of 0.72. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson’s correlation coefficient.

The results revealed that overall health literacy was at a moderate level ($M = 10.55$, $SD. = 7.93$), while all individual components were at low levels: access to health information ($M = 2.05$), health communication ($M = 2.98$), self-management ($M = 3.62$), and media literacy ($M = 1.90$). In contrast, the overall quality of life was high ($M = 80.95$, $SD. = 7.61$), with high scores in physical, psychological, social relationships, and environmental domains. Notably, the self-management component showed a statistically significant relationship with quality of life ($r = 0.641$, $p = 0.04$), while other components did not demonstrate significant associations.

Based on these findings, it is recommended that health promotion interventions focus on enhancing self-management skills, improving media literacy, and creating health-supportive environment should be employed to sustainably improve quality of life of older adults in rural communities.

Keywords : Health literacy, Quality of life, Older adults

บทนำ

การเข้าสู่สังคมสูงอายุของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าปัจจุบันโลกได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2562) และด้วยสภาวะสังคมไทยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ของโลก ในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ จำนวน 10,666,803 คน คิดเป็นร้อยละ 16.06 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) คาดว่าในปี พ.ศ. 2579 จะมีจำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของประเทศ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็วและรุนแรง ทุกหน่วยงานและรวมถึงทุกคนในสังคมต้องเตรียมการรับมือ และในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ คือ นโยบายการลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ คือ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักพิง และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายมีการเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงของระบบต่างๆ ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา และนอกจากนี้ยังส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้รู้สึกท้อแท้หมดหวัง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป น้อยใจ อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และต้องการการสนับสนุนข้อมูล อุปกรณ์ เครื่องช่วยต่างๆ และการช่วยเหลือดูแลบางเวลา (สมชาย เจริญวงศ์ และคณะ, 2561) ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว และสังคม พบว่าผู้สูงอายุจะถูกลดบทบาทลง การถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง (Mauk, 2014)

คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ และเป็นปัจจัยหลักที่แสดงว่าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) สำหรับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ศิริธานี กิจปพน, 2560) เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเหมือนสินทรัพย์ที่บุคคลมีอยู่หรือถูกพัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายในตัวบุคคล และมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆ ส่งผลดีต่อสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึง

ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ (Nutbeam, 2008)

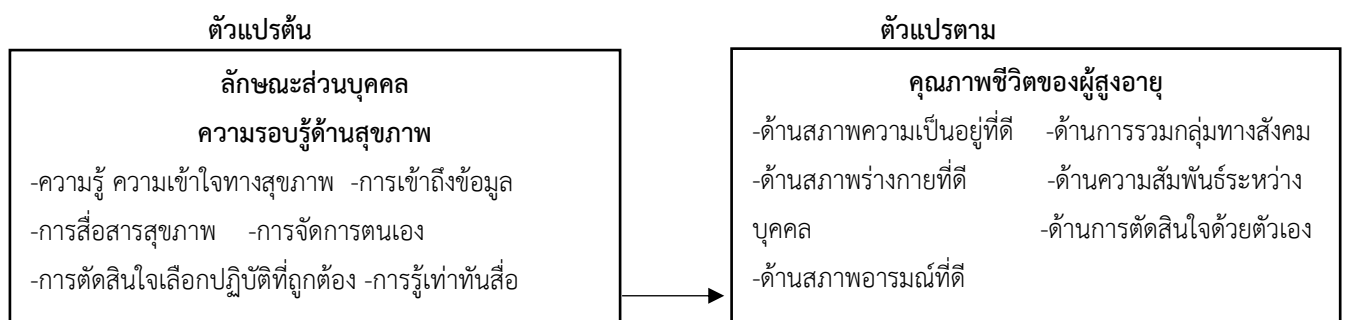
จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากเป็นชุมชนสังคมผู้สูงอายุ และจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังมีปัญหาในการอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากบางคนไม่ได้เรียนหนังสือและบางคนเรียนน้อย จึงทำให้ขาดโอกาสในการรับรู้ข่าวสารด้วยตนเอง ต้องรอรับข่าวสารจากหน่วยงานต่างๆ หรือผู้รู้ จึงขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่บ้านนากลาง เนื่องจากเป็นแหล่งที่เข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนได้ง่ายและผู้วิจัยหวังว่าจะนำผลงานวิจัยที่ได้ไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนว่าเป็นอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งจะประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองและสามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่นได้ และสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาบ้านนากลาง หมู่ที่ 5 ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสีซัด อำเภอสหัส จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนประชากรทั้งหมด 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสีซัด อำเภอสหัส จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านนากลาง ตำบลสีซัด อำเภอสหัส จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 92 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน จันทนา วัจนอม, 2565) จากนั้นทำการสุ่มตามสัดส่วนประชากร โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่/ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักในปัจจุบัน รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ สุขภาพทั่วไป และโรคประจำตัว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน ความสามารถในการพูด ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการเขียน ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิด แบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ 4 เรื่อง ได้แก่ การใช้ยาสมเหตุสมผล การป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน การลด ละ เลิก บุหรี่ และการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เครื่องมือส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน คือ คำตอบที่ถูกต้องได้รับคะแนน 1 คะแนน และคำตอบที่ไม่ถูกต้องได้รับคะแนน 0 คะแนน ทำให้คะแนนรวมสูงสุดเป็น 12 คะแนน สำหรับการแปลผลระดับความรู้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ซึ่งจำแนกออกเป็น 4 ระดับ คือ (1) ระดับความรู้ไม่ถูกต้องหมายถึงการมีคะแนนในช่วง 0-7 คะแนน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 ของคะแนนเต็ม ระดับนี้สะท้อนถึงความรู้และการเข้าใจที่น้อยมากจนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี (2) ระดับความรู้ถูกต้องบ้างอยู่ในช่วงคะแนน 8-9 คะแนน หรือร้อยละ 60.00 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 70.00 ของคะแนนเต็ม ซึ่งหมายถึงความรู้

และการเข้าใจที่ถูกต้องเป็นส่วนน้อยและยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ (3) ระดับความรู้ถูกต้องครอบคลุมช่วงคะแนน 10-11 คะแนน หรือร้อยละ 70.00 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม ซึ่งแสดงถึงความรู้และการเข้าใจที่ถูกต้องเป็นส่วนมากและเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี และ (4) ระดับความรู้ถูกต้องที่สุดเป็นระดับสูงสุดที่มีคะแนนเต็ม 12 คะแนน หรือร้อยละ 80.00 ขึ้นไป แสดงถึงความรู้และการเข้าใจที่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. คือ อาหาร อารมณ์ดี ออกกำลังกาย 2ส. คือ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็น ได้รับการจัดโครงสร้างออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ. 2ส. จำนวน 2 ข้อ การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ. 2ส. จำนวน 3 ข้อ การจัดการตนเองตาม 3อ. 2ส. จำนวน 3 ข้อ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3อ. 2ส. จำนวน 2 ข้อการวัดความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน การกำหนดคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของข้อคำถาม สำหรับข้อบวกที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ คะแนน 0 หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติหรือไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึงปฏิบัติหลายๆ ครั้ง คะแนน 2 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง และคะแนน 4 หมายถึงปฏิบัติทุกครั้ง ในทางตรงกันข้าม สำหรับข้อลบที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การให้คะแนนจะเป็นไปในทิศทางตรงข้าม คือ คะแนน 0 หมายถึงปฏิบัติทุกครั้ง คะแนน 1 หมายถึงปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนน 2 หมายถึงปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึงปฏิบัติหลายๆ ครั้ง และคะแนน 4 หมายถึงไม่ได้ปฏิบัติหรือไม่เคยปฏิบัติ ระบบการให้คะแนนแบบกลับทิศทางนี้ช่วยให้คะแนนสูงสะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในทุกข้อคำถาม

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากแนวความคิดองค์การอนามัยโลก และการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยให้ใช้เกณฑ์การแปลความหมายแบบมาตราส่วนประเมินค่าเรียงลำดับจากระดับสูงสุดไปยังระดับต่ำสุด ดังนี้ คะแนนระดับ 5 หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับสูงที่สุด คะแนนระดับ 4 หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับสูง คะแนนระดับ 3 สะท้อนถึงความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับปานกลาง ขณะที่คะแนนระดับ 2 แสดงถึงความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับต่ำ และคะแนนระดับ 1 หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเป็นจริงในระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามดำเนินการในสองด้านหลัก ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยง สำหรับความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านการพยาบาล และการวิจัยด้านความรู้สุขภาพ การประเมินใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ ≥ 0.67 ผลการประเมินพบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67–1.00 ซึ่งแสดงความตรงตามวัตถุประสงค์ในระดับที่ยอมรับได้ ด้านความเที่ยงของเครื่องมือการทดสอบความเชื่อมั่นดำเนินการกับประชากรนอกกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการทดสอบแสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับที่ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้ยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อให้เป็นไปตามหลักการคุ้มครองสิทธิ ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ผู้วิจัยประสานงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงานของการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการจัดอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของแบบสอบถาม ตลอดจนแนวทางปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องและมีจริยธรรม
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 20 นาทีต่อราย ภายใต้การดูแลของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้การตอบแบบสอบถามเป็นไปอย่างครบถ้วนและถูกต้อง
6. ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ตอนคือ

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามวิธีของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ โดยการแปลผลพิจารณาจากค่าที่ได้จากการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองได้อย่างเป็นระบบ โดยอิงเกณฑ์การตีความของศรีสวัสดิ์ (Srisaard, 2002) ดังนี้ หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0 แสดงว่า ตัวแปรทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ในขณะที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่อยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 แสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน โดยทิศทางของความสัมพันธ์พิจารณาจากเครื่องหมายของค่า r หากเป็นค่าบวกแสดงถึงความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน หรือมีลักษณะคล้ายตามกัน ในทางกลับกัน หากเป็นค่าลบแสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามหรือมีลักษณะผกผันกัน สำหรับการพิจารณาระดับความสัมพันธ์สามารถจำแนกได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.01-0.20$) ความสัมพันธ์ในระดับ

ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.21-0.40$) ความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.41-0.60$) ความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างสูง ($r = 0.61-0.80$) และความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = 0.81-1.00$) ทั้งนี้ การแปลผลควรอยู่ภายใต้การพิจารณาในระดับนัยสำคัญทางสถิติเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของความสัมพันธ์ที่ตรวจพบระหว่างตัวแปร

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช (REC No.021/66) เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างครบถ้วนก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามในใบยินยอมภายใต้หลักการสมัครใจและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษาโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 50 คน (ร้อยละ 54.30) และเพศหญิง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 54.30) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 60-65 ปี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 29.30) รองลงมาอายุ 76-80 ปี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 18.50) โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 64 คน (ร้อยละ 69.60) ระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษา จำนวน 77 คน (ร้อยละ 83.70) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 45 คน (ร้อยละ 48.90) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 40.20) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 33 คน (ร้อยละ 35.90) โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 52.20) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกันส่วนใหญ่มีสุขภาพเท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน จำนวน 63 คน (ร้อยละ 68.50) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 60.90) จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสหัส จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.55, SD. = 7.93$) และผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($M = 2.05, SD. = 2.03$) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($M = 2.98, SD. = 2.54$) ด้านการจัดการตนเอง ($M = 3.62, SD. = 2.78$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($M = 1.90, SD. = 1.86$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอสหัส จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความรู้ด้านสุขภาพ	M	S.D.	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	2.05	2.03	ต่ำ
การสื่อสารสุขภาพ	2.98	2.54	ต่ำ
การจัดการตนเอง	3.62	2.78	ต่ำ
การรู้เท่าทันสื่อ	1.90	1.86	ต่ำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	10.55	7.93	ปานกลาง
----------------------------	-------	------	---------

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 80.95$, $SD. = 7.61$) และผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ($M = 19.48$, $SD. = 2.73$) ด้านจิตใจ ($M = 20.48$, $SD. = 2.13$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 19.39$, $SD. = 2.63$) และด้านสภาพแวดล้อม ($M = 21.58$, $SD. = 2.31$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ
ด้านร่างกาย	19.48	2.73	สูง
ด้านจิตใจ	20.48	2.13	สูง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	19.39	2.63	สูง
ด้านสภาพแวดล้อม	21.58	2.31	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	80.95	7.61	สูง

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากตารางที่ 3 พบว่า ทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.641$, $p = 0.04$) โดยอยู่ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่องค์ประกอบอื่น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($r = 0.050$, $p = 0.63$), การสื่อสารสุขภาพ ($r = 0.021$, $p = 0.84$) และ การรู้เท่าทันสื่อ ($r = 0.125$, $p = 0.23$) แม้จะมีค่าสหสัมพันธ์ในทิศทางบวก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอยู่ในระดับความสัมพันธ์ต่ำ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	<i>r</i>	<i>P-value</i>	ระดับความสัมพันธ์
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	0.050	0.63	ต่ำ
การสื่อสารสุขภาพ	0.021	0.84	ต่ำ
การจัดการตนเอง	0.641	0.04*	ค่อนข้างสูง
การรู้เท่าทันสื่อ	0.125	0.23	ต่ำ

* $p\text{-value} < 0.05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.55$, $SD. = 7.93$) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($M = 2.05$, $SD. = 2.03$) การสื่อสารสุขภาพ ($M = 2.98$, $SD. = 2.54$) การจัดการตนเอง ($M = 3.62$, $SD. = 2.78$) และการรู้เท่าทันสื่อ ($M = 1.90$, $SD. = 1.86$) สะท้อนถึงปัญหาที่สำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pa-in et al., (2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอถึง ร้อยละ 48.40 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดีถึง ร้อยละ 39.60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ งานวิจัยของ Sukcharoen et al., (2024) พบว่าการใช้โมเดลการเรียนรู้แบบเปลี่ยนแปลงสามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในด้านการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นด้านที่ผู้สูงอายุมีคะแนนต่ำที่สุด ($M = 1.90$) งานวิจัยของ Sukcharoen et al., (2024) ชี้ให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัลยังคงเป็นความท้าทายสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์ดิจิทัลจำกัด รวมถึงการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Pa-in et al., (2023) พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้สูงอายุมีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการปรับปรุงทักษะการสื่อสารของผู้ให้บริการสามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านนากลาง ตำบลสี่ขีด อำเภอลิขิต จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 80.95$, $SD. = 7.61$) และมีคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ($M = 19.48$, $SD. = 2.73$) ด้านจิตใจ ($M = 20.48$, $SD. = 2.13$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 19.39$, $SD. = 2.63$) และด้านสภาพแวดล้อม ($M = 21.58$, $SD. = 2.31$) อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สะท้อนถึงการมีชีวิตที่มีความสุขและสมดุลในหลายมิติของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุสามารถเกิดจากหลายปัจจัย หนึ่งในนั้นคือสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Thangphet et al., (2017) พบว่า สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ความปลอดภัยในชุมชน การเข้าถึงบริการสาธารณะ และความสวยงามของชุมชน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย อีกปัจจัยหนึ่งคือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม งานวิจัยของ Whangmahaporn et al., (2018) ระบุว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (resiliency) ยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Suksatan et al., (2021) ชี้ให้เห็นว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย สุดท้าย การมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี เช่น การมีครอบครัวและเพื่อนฝูงที่สนับสนุน สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุ งานวิจัยของ Pothisiri et al., (2022) พบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.641, p = 0.04$) ในระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่องค์ประกอบอื่น ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ($r = 0.050, p = 0.63$) การสื่อสารสุขภาพ ($r = 0.021, p = 0.84$) และ การรู้เท่าทันสื่อ ($r = 0.125, p = 0.23$) แม้จะมีค่าสหสัมพันธ์ในทิศทางบวก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอยู่ในระดับความสัมพันธ์ต่ำ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทรจิรา สีสว่าง และคณะ (2557) ซึ่งพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งยืนยันถึงความสำคัญของการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอื่นๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ แม้จะมีค่าสหสัมพันธ์ในทิศทางบวก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือทักษะในการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองควรเป็นแนวทางหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ จากผลวิจัยที่พบว่าทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.641, p = 0.04$) หน่วยงานสาธารณสุขหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการออกแบบและดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือกิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ

2. ออกแบบสื่อและกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้เท่าทันสื่อสุขภาพเนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับต่ำที่สุด และไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต การใช้ผลการวิจัยนี้สามารถช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะด้านนี้ โดยอาจจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคัดกรองข้อมูลสุขภาพจากสื่ออินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ หรือโซเชียลมีเดียได้อย่างถูกต้อง และลดการเชื่อข้อมูลผิดหรือข่าวลวงด้านสุขภาพ

3. สนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ แม้ว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผู้สูงอายุในชุมชนกลับมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของสภาพแวดล้อมในชุมชน การนำข้อมูลนี้ไปใช้สามารถเป็นแนวทางให้ผู้บริหารท้องถิ่นสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น พื้นที่ออกกำลังกาย สวนสาธารณะ การ

เข้าถึงสถานบริการสุขภาพที่สะดวกปลอดภัย และส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมที่สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แม้ผลการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมและรายด้านที่อยู่ในระดับต่ำ แต่ยังไม่สามารถอธิบายเชิงลึกได้ว่าเพราะเหตุใดผู้สูงอายุจึงขาดความรู้หรือไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการวิจัยในอนาคตควรใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาปัจจัยแวดล้อม เช่น ประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรมท้องถิ่น หรือข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ

2. ควรพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชนบท จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบและทดลองโปรแกรมหรือรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชนบท โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และใช้สื่อที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น การจัดอบรมโดยใช้สื่อภาพ เสียง หรือกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม จากนั้นประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในการพัฒนาความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). รายงานประจำปี 2562. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
<https://www.dop.go.th/th/implementation/2/1/1168>
- จันทร์จิรา สีสว่าง, และคณะ. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์รามธิบดี*, 20(2), 181–193.
- ศิริธานี กิจปพน. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26–36.
- สมชาย เจริญวงศ์, สุนีย์ คงคุณ, วิทยา จันทร์แสงรัตน์, และสุกัญญา ศรีวรรณ. (2561). การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสุขภาพและการพยาบาล*, 12(2), 45–58.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *การเข้าสู่สังคมสูงอายุของประชากรโลก*.
- Health Information Sources Influencing Health Literacy in Different Social Contexts. (2022). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6051.
- Health Literacy among Older Adults during COVID-19 Pandemic. (2022). *Journal of Health Literacy*, 15(1), 45–56.
- Mauk, K. L. (2014). *Gerontological nursing: Competencies for care* (3rd ed.). Jones & Bartlett Learning. Gerontological Nursing: Competencies for Care: 9781284233360

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Pa-in, P., Wonghongkul, T., Panuthai, S., Khampolsiri, T., & Chintanawat, R. (2023). Causal model of health literacy in Thai older adults with knee osteoarthritis. Retrieved from https://www.researchgate.net/figure/Number-percentage-mean-standard-deviation-and-level-of-health-literacy-of-elders-N433_tbl1_366673691
- Sukcharoen, P., Sakunpong, N., & Polruk, J. (2024). Impact of a transformative health literacy model for Thai older adults with hypertension. *BMC Research Notes*, 17, Article 278.